

revistapodologia .com

N° 73 - Abril 2017



CUBA
2017
10, 11 y 12 Junio

1er CONGRESO CIENTÍFICO
DE PODOLOGÍA APLICADA

Revista Digital de Podología

Gratuita - En español

Tecnologia e profissionalismo, avanços na área da Podologia



A Shopfísio é especialista em vendas de produtos nas áreas de estética, fisioterapia, fitness, pilates e cosmetologia e hoje, está se especializando em mais uma área da saúde, a podologia. Iniciou suas atividades no mercado há 16 anos atrás, e desde então, se mantém focada no objetivo de levar produtos de qualidade e satisfação aos seus clientes, o que faz dela a maior empresa da área de saúde do Brasil.

A empresa também se preocupa com a qualidade do mercado de trabalho em que atua, ajudando seus clientes através de cursos, workshops e treinamentos. O objetivo é acompanhá-los, desde a decisão de se tornar um profissional, durante a fase de estudos, e posteriormente como profissional atuante.

Em homenagem aos podólogos, decidimos contar a história da Daniele Rodrigues, que trabalha como manicure há 15 anos e hoje faz o curso de podologia.

Inicialmente a Daniele optou em estudar técnico em podologia, pois o trabalho como manicure é limitado em ajudar seus clientes, suas patologias e orientá-los. Para ela, a área de manicure é puramente estética, porém a podologia traz benefícios para a saúde e bem-estar.

“Na podologia aprendemos sobre anatomia, fisiologia, doenças dos pés, desenvolvemos o conhecimento biomecânico do tornozelo e dos pés, a fim de compreender a marcha e os problemas que a dificultam, podendo dessa forma optar pelo melhor tratamento, dentro de uma visão ampla e multidisciplinar”. Comenta Daniele sobre suas aulas.

Quando perguntamos para Daniele sobre o mercado e a procura dos clientes, ela afirma que:

“A procura por esses cuidados tem aumentado, o cliente tem se preocupado com a saúde e bem-estar dos pés. O que mais me encanta no curso de Podologia, é a satisfação do cliente nos atendimentos e ver que realmente o tratamento tem eficácia”.

Para quem se interessa em estudar podologia, é uma área que exige muita dedicação. Para Dani, estar na área da podologia é “a realização de um sonho, pelo conhecimento adquirido e por poder ajudar e esclarecer meus clientes, eu super indico”.

É incrível ver como o podólogo tem uma grande ajuda por parte da tecnologia, como exemplo, a alta frequência, onde se cauteriza feridas causadas, ou no caso do laser

que conseguimos fazer diversos tipos de tratamentos, inclusive no auxílio à cicatrização.

A Shopfísio busca cada vez mais aprimorar seu portfólio de produtos e para isso, nos inspiramos em profissionais como a Daniele, que buscam evolução constante em sua carreira



HF IBRAMED - APARELHO DE ALTA FREQUÊNCIA TRATAMENTOS FACIAIS E PODOLOGIA

10x R\$ 42,90
R\$407,55 À VISTA



LASERPULSE IBRAMED APARELHO DE LASER E CANETA 660NM VERMELHA

10x R\$ 229,60
R\$2.181,20 À VISTA



Daniele Rodrigues, Manicure.



COMPRE PELO SITE
SHOPFISIO.COM.BR



COMPRE PELO TELEFONE
0800 721 8999



COMPRE NA LOJA FÍSICA
AV. PAVÃO, 842 - MOEMA - SP
(11) 5090-2772

revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 73

Abril 2017

Director

Alberto Grillo

revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

- 6 - Fractura del tobillo en paciente diabético. Complicaciones y tratamiento.
J.M. Rios Ruh; A. Santamaría Fumas; J.M. Sales Pérez; A. Domínguez Sevilla; L. López Capdevila. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Consorci Sanitari Integral. Barcelona. España.
- 11 - Los contaminantes aerotransportados en la podología.
Podóloga Grasielle Nepel. Brasil.
- 14 - Exploración de los dedos.
Dr. Podólogo. Miguel Guillén Álvarez. España.

Revistapodologia.com

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 98316-7176 (WhatsApp) - Campinas - São Paulo - Brasil.

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

La Editorial no asume ninguna responsabilidad por el contenido de los avisos publicitarios que integran la presente edición, no solamente por el texto o expresiones de los mismos, sino también por los resultados que se obtengan en el uso de los productos o servicios publicitados. Las ideas y/u opiniones vertidas en las colaboraciones firmadas no reflejan necesariamente la opinión de la dirección, que son exclusiva responsabilidad de los autores y que se extiende a cualquier imagen (fotos, gráficos, esquemas, tablas, radiografías, etc.) que de cualquier tipo ilustre las mismas, aún cuando se indique la fuente de origen. Se prohíbe la reproducción total o parcial del material contenido en esta revista, salvo mediante autorización escrita de la Editorial. Todos los derechos reservados.



1er CONGRESO CIENTÍFICO DE PODOLOGÍA APLICADA

CUBA 2017 10, 11 y 12 Junio

- _ Ponencias Internacionales
- _ Feria Comercial
- _ día 12 Cursos Post

TRYP
HABANA
LIBRE

INFORMACIÓN

+53 7 798 29 96

+53 5 510 18 56

+55 19 98316-7176

watsapp

www.podosaludcuba.com
www.revistapodologia.com

Organizan:



GREATWAYEXPORT



CLUSTER
LATINOAMERICANO
DE ESTÉTICA Y SALUD
CUBA

revistapodologia
.com

Acompañan:

PONENTES y TEMAS

✓ Traducción simultánea ao português.



URUGUAY

Judith E. Zacheo
Podóloga

“Dinámica de la lámina ungueal. Evaluación y tratamiento”



CUBA

Héctor T. Álvarez Duarte
Especialista de 2º grado en Angiología y Cirugía Vascolar

“Pie sano, Pie de Riesgo, Pie diabético. Experiencia en su manejo.”



BRASIL

Ítalo B. Ventura
Podólogo

“Micología clínica, técnicas de diagnóstico y tratamiento de las onicomicosis”



ESPAÑA

Francisco E. Ruiz
Podólogo

“Diferentes patrones de Hiperqueratosis. Alteraciones Patomecánicas”



MÉXICO

Carlos D. Melchor
Podólogo

“Técnicas de cirugía ungueal”



ESPAÑA

Manuel R. Soto
Podólogo

“Teoría de estrés de tejidos y su aplicación a tratamientos podológicos”



ARGENTINA

Cristian E. Barroso
Podólogo

“Lesiones frecuentes en el deporte según la pisada”



PERÚ

Omar G. Sampietro
Podólogo

“Metodologías de evaluación y ferulización”



CUBA

Dr. Calixto Valdez Pérez
Especialista de 2º grado en Angiología y Cirugía Vascolar

“Cirugía Ortopodiatrica en el pie diabético”



CUBA

Vladimir Curbelo Serrano
Especialista de 1er. grado en Medicina Interna

“Complicaciones en la diabetes mellitus y su tratamiento”



CUBA

Alberto Quirantes Moreno
Especialista de 1er. grado en Endocrinología

“Tratamiento de la diabetes mellitus en el paciente con pie diabético”



ESPAÑA

Dr. Bernardino Basas
Podólogo-Podiatra

“Tratamiento físico de la fascitis plantar en atletas de élite ”

Fractura del Tobillo en Paciente Diabético. Complicaciones y Tratamiento

J.M. Rios Ruh; A. Santamaría Fumas; J.M. Sales Pérez; A. Domínguez Sevilla; L. López Capdevila.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Consorci Sanitari Integral. Barcelona. España.

Introducción

Las fracturas de tobillo en los pacientes diabéticos tienen unas características especiales que hacen que su manejo pueda ser más complejo si no se cumplen unas pautas adecuadas.

Como en todos los pacientes diabéticos neuropáticos el objetivo de su tratamiento, ortopédico o quirúrgico, es conseguir un pie plantígrado con estabilidad ósea, para reducir el riesgo de úlceras disminuyendo así el número de infecciones y la tasa de amputaciones. 1

En estos pacientes las técnicas clásicas de fijación interna pueden fallar por problemas de partes blandas, dificultad en la cicatrización y mala calidad ósea secundaria a osteoporosis con bajo nivel de vitamina D. El material de osteosíntesis está sometido a estrés mecánico continuo con alto riesgo de ruptura y con elevada posibilidad de evolucionar a pseudoartrosis. 2

Antecedentes personales

69 años
Diabetes Mellitus (Insulino Dependiente)
Insuficiencia venosa crónica
Enfermedad renal crónica estadio 5 (Trasplante renal)
Obesidad
Hipertensión Arterial
Dislipidemia
Aneurisma Aorta Abdominal (by-pass Aórticoilíaco)
Infección de prótesis by-pass Aórtico (S. faecalis).
Prótesis total de rodilla en el 2010.
Hiperparatiroidismo .
Esofagitis por Cándida 2015

Historia previa

Paciente que estando ingresada por su patología renal sufre una torsión de tobillo derecho, de baja energía. Presenta inmediatamente dolor, deformidad e imposibilidad funcional severa. Es llevada de inmediato al servicio de urgencias donde le realizan radiografías del tobillo (Figura 1)

Fig. 1 Fractura trimaleolar con componente neuropático.



Es diagnosticada de fractura trimaleolar del tobillo y se programa para quirófano en 24 hrs. Se coloca inmovilización con férula de yeso.

Una vez en quirófano, cuando se retira la inmovilización, se aprecian lesiones severas de la integridad cutánea con flictenas hemorrágicas (Figura 2)



Fig.2 Flictenas hemorrágicas y deformidad clínica.

Debido a esto último se contraindica la cirugía convencional, se desbridan las lesiones, se coloca fijación externa monolateral convencional (Figura 3)



Fig.3 Desbridamiento con exposición de elementos vasculares y fijación monolateral.

Es valorado por el servicio de cirugía plástica quienes realizan injerto mallado muslo homolateral en caras medial y lateral del tobillo.

El fijador se mantiene por 4 meses. Se decide retirar la fijación por intolerancia e infección de los pins. Se le pauta un calzado a medida y se da el alta.

Llegada a la Unidad de Pie Diabético

La paciente acude a nuestra unidad un año después de su lesión. Para entonces presentaba los siguientes problemas clínicos:

- Desalineación clínica (Figura 4) y radiográfica del tobillo.
- Imposibilidad para la deambulación por dolor.
- Pseudoartrosis infecciosa y artrosis post traumática de tobillo (Figura 5)
- Imposibilidad para calzarse por la deformidad.
- Episodios recurrentes de úlceras cutáneas en zonas de apoyo.
- Descompensación metabólica por inmovilización prolongada.



Fig. 4 Aspecto clínico del tobillo a su llegada a la unidad



Fig. 5 Pseudoartrosis de fracturas del tobillo y artrosis post-traumática.

Debido a todo esto, se procede a su valoración por todos los miembros de la unidad quienes determinan que la paciente es apta para reconstrucción quirúrgica.

Se plantean diferentes opciones terapéuticas:

- Alineación y artrodesis con clavo endomedular.
- Alineación y artrodesis con placas y tornillos
- Alineación y artrodesis con fijador circular estático.

Debido a las imágenes clínicas previas que mostraban exposición de hueso y tejidos profundos, además de las múltiples entradas a quirófano, teníamos una firme sospecha de la existencia de osteomielitis larvada. Por esto último, y a pesar de que las pruebas de imagen descartaban un proceso infeccioso, desaconsejamos la utilización de cualquier material de fijación interna.

Fue así como se procedió a la artrodesis y colocación del Fijador Circular estático (Figura 6)

La paciente comenzó el apoyo en menos de 48 horas sin incidencias. Durante el post operatorio inmediato se apreció el crecimiento de un *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en la biopsia ósea del sitio operatorio. Se inició un tratamiento antibiótico específico por 6 semanas.

La evolución fue satisfactoria y se retiró el fijador 8 semanas después de su colocación. Obteniendo los siguientes resultados:

- Alineación clínica (Figura 7) y radiográfica del tobillo.
- Deambulación posible.
- Consolidación de la artrodesis (Figura 8)
- Posibilidad para calzarse.
- No recurrencia de las úlceras cutáneas.

Conclusión

Las técnicas clásicas de fijación en los casos más complejos de lesiones neuroartropáticas presentan contraindicaciones y complicaciones que dificultan la resolución quirúrgica con métodos clásicos 2

El fijador circular estático es un tratamiento adaptado a las necesidades y características especiales de estos pacientes gracias a sus ventajas técnicas y beneficios clínicos posteriores. Las complicaciones suelen ser menores y su relevancia también.

Referencias

1. Schneekloth BJ, Lowery NJ, Wukich DK. Charcot Neuroarthropathy in Patients With Diabetes: An Updated Systematic Review of Surgical Management. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*. 2016 Jun 30;55(3):586-90.
2. Pinzur MS. Surgical treatment of the Charcot foot. *Diabetes/metabolism research and reviews*. 2016 Jan 1;32(S1):287-91.

Materia extraída de la Revista Pie Dibético - N° 29, Febrero 2017 - www.revistapiediabetico.com



Fig. 6, Fig. 7 e Fig. 8 Colocación del fijador circular en quirófano.

UNHAS
SAUDÁVEIS
EM TODOS OS
MOMENTOS



LINHA ONICOUNHA

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

PEÇA JÁ O SEU!

47 3222-3068 | www.inadermocosmeticos.com.br

ina
dermocosméticos

Contaminantes Aerotransportados en la Podología

Podóloga Grasiela Nepel. Brasil.

El podólogo es el profesional responsable por la salud y cuidados de los pies, entretanto muchos profesionales durante el atendimento podológico acabam prejudicando su propia salud. El gabinete de podología es un ambiente donde son generado muchos resíduos contaminados, uno de ellos que no son muy recordados son los contaminantes aerotransportados.

Los contaminantes aerotransportados (en adelante CA) son partículas o gotitas extremadamente pequeñas que se presentan como un polvo fino casi imperceptibles que surgen durante la atención podológica en el interior del gabinete y en muchos casos en gran cantidad.

Los CA pueden ser clasificados en: físicos, químicos y biológicos.

Un ejemplo de CA físico generador en el gabinete, sería con la afiliación de materiales como los instrumentales, el polvo generado carga metal, aunque es poca cantidad y también porque no es un acto diario se torna insignificante el riesgo para la salud del profesional.

Los CA químicos son provenientes de gotitas de alcohol, acetona, monómeros y polímeros utilizados en el atendimento podológico.

Los CA biológicos son los más preocupantes para la salud del profesional podólogo, también son denominados los bioaerosoles por cargar material celular. Esta dispersión de material biológico está asociada al desbaste de los callos, callosidades y láminas ungueales. En estos procedimientos hay un calentamiento local debido al roce de la lija sobre las células, éstas se rompen y quedan suspensas en el aire.

El tamaño de un CA generado en un gabinete de podología puede ser reducido a 0,5 μm (micrómetro), siendo entonces imperceptible al ojo humano.

Cuanto menor el tamaño de la partícula más peligroso es a la salud del podólogo, esto porque representa una ecuación inversa al tiempo de exposición al ambiente, o sea, cuanto mayor en polvo generado, aquel visible, menor el tiempo de exposición en el ambiente, más rápido se depositara en el piso o en la superficie de los muebles. Cuanto menor el CA generado, aquel imperceptible, mayor el tiempo de exposición en el ambiente, pudiendo estar hasta 24 horas en suspensión

en el aire, aumentando la posibilidad del profesional o el paciente absorber este material.

Uno de los hábitos del podólogo es después del atendimento, retirar la máscara, anteojos y guantes de protección, y esto aumenta el riesgo de contaminación por CA.

Los bioaerosoles generados en el gabinete de podología pueden contener: hongos, virus y bacterias. Hongos en los casos de desbaste de una lámina ungueal con onicomicosis, desbaste plantar de un paciente con tinea pedis, virus en procedimientos en HPV, y bacterias durante el tratamiento de un granuloma piogénico.

Los CA pueden ser absorbidos por los ojos, nariz, boca y piel.

Cuando un CA de tamaño mayor entra en contacto con los ojos, la reacción natural del organismo como mecanismo involuntario de defensa es parpadear, evitando que entre. pero cuando el CA es muy pequeño el organismo no consigue identificarlo entonces puede provocar irritabilidad en los ojos, o también contaminación por hongos, virus o bacterias en el globo ocular.

La nariz como mecanismo de defensa tiende a estornudar, pero cuando el polvo es absorbido puede quedar retenido en la tráquea y en los pulmones, pudiendo penetrar profundamente provocando congestión alveolar.

Por la boca el polvo inhalado principalmente en el diálogo y puede ser encaminado para el estómago y para el intestino pudiendo ocasionar complicaciones sistémicas.

Como el CA generado en la podología es muy pequeño puede ser absorbido por la piel, ocasionando alergias, dermatitis, micosis superficiales y puede también ser absorbido por la corriente sanguínea.

Es fácil la absorción del CA por el profesional, sin embargo el desarrollo de las patologías debido a la contaminación depende de cada organismo, por esto es importante estar con la vacunación en día y el estado inmunológico alto.

Otra medida importante contra la contaminación es el uso de EPI'S (Equipamiento de Protección Individual) que deben ser utilizados correctamente.

El protector ocular, los anteojos, deben ser de un modelo que permita la adherencia total a la

piel vecina a los ojos.

La máscara no es 100% eficaz contra los CA, porque mismo conteniendo tres filtros, filtran apenas partículas arriba de 5 µm (micrómetros), su vida útil es de 2 horas pues la humedad de la saliva provocada durante el diálogo compromete su eficacia debiendo ser cambiada a cada atendimento.

Los guantes de látex descartables son el único equipamiento de protección 100% eficaz, desde que no esté damnificados y correctamente acoplada al puño del chaleco, y por ser de material impermeable evita cualquier contacto del CA con la piel de la mano.

El chaleco posee una trama de hilos con poros de 80 a 100 µm (micrómetros), o sea, un CA 0,5 µm (micrómetros) penetra fácilmente entre los poros del tejido.

Las vestimentas deben ser blancas, siendo el pantalón largo de modo de tocar los zapatos para no dejar la piel del tobillo desprotegida y los zapatos deben ser cerrados y preferencialmente de cuero.

Las superficies del gabinete podológico, como los muebles, bancadas y equipos deben ser limpios a cada procedimiento con alcohol 70%, y los pisos y paredes dos veces por semana con hipoclorito al 1%.

Otra medida interesante contra los CA es evitar que les se dispersen. El curso de procedimientos e instrumentos puede ayudar en este proceso,

por ejemplo: el uso de fresa en un desbaste laminado en lugar de una broca diamantada o lija laminar, esto resultaría en partículas mayores, o también mayor uso de bisturí con lámina evitando el uso prolongado de la lija plantar en caso de desbaste plantar.

El uso de extractor puede reducir en hasta 40% de material dispersante desde que realizado correctamente el cambio de filtro conforme orientaciones del fabricante contenidas en el manual de instrucciones.

El uso del aire acondicionado continúa siendo una gran polémica, puesto que la recirculación de aire causa una turbulencia en el ambiente y dificulta la decantación de los CA, aumentando la posibilidad de absorción por los profesionales y pacientes.

El gabinete de podología es considerado ambiente contaminado, se recomienda que el profesional esté presente en el apenas cuando realiza evaluaciones, procedimientos y orientaciones.

Los CA son agentes nocivos a la salud de los profesionales, principalmente para aquellos que cumplen jornadas de trabajo extensas. Por esto es recomendable el uso de EPI'S, aparato extractor y medidas habituales, que ayudan a minimizar los riesgos de contaminación.

Grasiele Nepel

Podóloga e docente do Grupo Educacional Filadelfia.

2º Simpósio de Podologia de Foz do Iguaçu

7 e 8 de Maio de 2017 - Foz do Iguaçu/PR - Brasil



Profº Pdgo. Ítalo Batista Ventura

Temas:

- 1- Diferentes métodos de espículaectomia para onicocriptose crônica.
- 2- Órteses ungueais, atualizações e confecção.



Marcelo Trincado

Tema:

Aprenda a calcular o valor do seu atendimento.



Pdga. Adriana Franzon

Tema:

O pé do diabético no dia a dia do podólogo.

Mais informações e inscrições: www.revistapodologia.com

Organização:



revistapodologia.com



Empresa expositora



Distribuidora de produtos

Atenção Podólogos! Chegou uma solução que vai dar um grande alívio para seus clientes. Conheça a Mini Palmilha Pillow Feet!



Desenvolvidas com uma tecnologia para maior absorção de impacto as mini palmilhas **Pillow Feet** são uma solução para colar nas sandálias ou sapatos retirando a sobrecarga da parte da frente dos pés. Não são almofadas para os metatarsos, como a maioria que existe no mercado e que na maior parte das vezes não funcionam. Foram desenvolvidos com conceito ortopédico para retirar o excesso de carga que sapatos de saltos altos e sandálias rasteirinhas geram na parte da frente dos pés.

Agora os sapatos bonitos não vão ser mais castigo para os pés!!

Acesse nosso Site e entre em contato com a gente

Mini Palmilha
Pillow
F E E T

www.pelight.com.br

Exploración de los Dedos

Dr. Podólogo. Miguel Guillén Álvarez. *España.*

Texto extraído del libro "Lesões nos Pés em Podologia Eportiva" publicado por nuestra editorial.

Anamnesis o interrogatorio

Determinar exactamente de qué se queja el deportista en sus dedos y anotarlo cuidadosamente en su historia clínica:

Insatisfacción estética, dolor en la eminencia medial, dolor en la cara dorsal de la metatarsofalángica, dolor articular, rigidez, problemas con el calzado, otros problemas de presión como callosidades entre el primer y segundo dedos.

Algunos deportistas no tienen problemas en el momento actual pero temen que sus pies terminen como los de algún familiar o conocido.

Si observamos algún problema indicar hasta qué punto el problema puede afectar a su vida deportiva y qué tipo de tratamientos se han aplicado previamente.

Hacer una valoración real de la actitud del deportista hacia el calzado deportivo y su voluntad de utilizar un calzado adecuado.

Siempre indagar sobre problemas de los dedos menores y la existencia de metatarsalgia.

Hay que descartar artropatías generalizadas.

Algunos deportistas están insatisfechos con el aspecto de sus dedos pequeños o están preocupados por tener problemas en el futuro.

Algunos problemas de los dedos menores se presentan con una metatarsalgia.

Hay que recordar que muchos problemas de los dedos, especialmente si estos tienen un aspecto extraño o existe pie cavo o atrofia muscular, pueden estar asociados con el comienzo de una afección neurológica o con una malformación de la columna.

La neuralgia interdigital a veces se presenta con síntomas predominantes en los dedos.

Observación

En presencia de un dedo gordo rígido o con una importante deformidad en valgo, la fase de propulsión de la marcha puede ser débil o incluso ausente.

El Calzado deportivo se deforma cuando hay un bunio o una exostosis dorsal sustancial.

Observar la forma global del pie: si existe una anomalía generalizada que contribuye a un problema como por ejemplo al del Hallux

Valorar la severidad de las deformidades del dedo gordo y de los dedos menores en bipedestación.

Buscar alteraciones en la piel o fístulas sobre prominencias óseas.

De existir diferenciar entre una prominencia medial (Hallux valgus) y una exostosis dorsal (Hallux rigidus).

Buscar callosidades debajo de los metatarsianos y en el dorso de los dedos.

Diferenciar si existe una malformación o se trata de una deformación de los dedos.

Observar las uñas, su color, aspecto, anomalías etc.

Palpación

Palpar todo el pie buscando zonas sensibles, tumefacción, sinovitis e inestabilidad articular.

En especial, localizar zonas sensibles alrededor del dedo gordo y bajo las cabezas metatarsianas.

Palpar los dedos en busca de dolor, inflamación y sinovitis.

De existir tocar los callos blandos para descartar prominencias óseas subyacentes.

Si hay síntomas sugerentes de neuralgia interdigital, explorar el clic de Mulder, comprobar los pulsos, utilizando Doppler si es necesario y realizar una exploración neurológica del pie incluyendo sensibilidad a la presión.

Palpar las uñas ver si tienen rugosidades, anomalías en su forma o longitud.

Movimiento

Evaluar el rango de movimiento de las articulaciones metatarsofalángicas e interfalángicas del dedo gordo, de los dedos menores y del resto del pie, tanto activo como pasivo.

Si existe Hallux valgus ver si puede reducirse la metatarsofalángica, y valorar su correctibilidad.

Si es un Hallux rígido, valorar el movimiento residual, tanto en flexión plantar como dorsal.

Manipular la articulación metatarsofalángica para valorar si hay dolor en la posición neutra (dolor artrítico) o en dorsiflexión (dolor por pinzamiento dorsal).

Explorar las articulaciones metatarsofalángicas de los dedos menores, principalmente del segundo, para descartar inestabilidades.

El Hallux valgus interfalángico generalmente es más aparente con la articulación interfalángica flexionada, aunque con la práctica generalmente puede diagnosticarse con el dedo recto.

Comprobar el rango de movimiento del primer radio proximal tanto en el plano sagital como en el transversal.

Valorar el rango de movilidad activa y pasiva de las articulaciones metatarsofalángicas e interfalángicas.

Evaluar la estabilidad de todas las metatarsofalángicas y la irreductibilidad de las deformidades de los dedos menores en flexión plantar.

LESIONES DE LOS DEDOS

En primer lugar debemos distinguir entre deformaciones y malformaciones de los dedos:

Deformaciones de los dedos.

Son de carácter congénito por lo tanto no se pueden considerar lesiones, las más frecuentes son:

Oligodactileas. (Ectrodactilia y Perodactilia).

Polidactilea.

Braquifalanga.

Braquimetatarsalgia.

Clinodactilea.

Camptodactilia.

Aracnodactilea.

Sindactilea.

Macroductilea.

Malformaciones de los dedos.

Se pueden considerar lesiones de los dedos las más frecuentes son:

Hallux valgus.

Hallux rígido.

Hallux flexus.

Hallux varus.

Dedos en martillo :

Garra proximal.

Garra distal.

Garra total.

Garra invertida.

Cuello de cisne.

Quinto dedo varus congénito o adquirido.

Malformaciones de los dedos

Oligodactileas

Disminución de los radios dactilares.

Pueden ser;

Ectrodactileas: Ausencia de los tres dedos centrales con sus correspondientes metatarsianos, también es denominado como pie hendido o pinza de cangrejo.

Perodactileas: Amputación congénita de los dedos, en ocasiones se encuentran dedos en

esbozo o bien surcos de tejido conjuntivo fibroso y rugoso. La ausencia de un dedo es suplida funcionalmente por otro que suele ser uno de los proximales al dedo ausente.

Polidactilea

Es por exceso. Generalmente, el desdoblamiento más frecuente se produce a nivel del quinto dedo, que puede tener o no conexión ósea. Lo más frecuente es que sean dedos atróficos o aberrantes, si hay conexión ósea se les denomina polidactilea con falange bipartita. Las polidactileas más frecuentes son las de seis dedos que dan origen al apellido.

Braquifalanga

Es por defecto, hipotrofia o dismorfogénesis por acortamiento de las falanges. Suelen ser más frecuentes en el quinto dedo y en muchas ocasiones se acompaña con la desaparición de las articulaciones interfalángicas.

Braquimetatarsalgia

Es por defecto, hipotrofia o dismorfogénesis por acortamiento de los metatarsianos, las más frecuentes son por acortamiento del primer metatarsiano, metatarsos atávicos o Morton, insuficiencia del primer radio o desviación en varo de este.

Clinodactilea

Desviación de los dedos en aducción (hacia dentro), abducción (hacia fuera), infraductus (por debajo de otro dedo) o supraductus (por encima de otro dedo), este último caso es más frecuente en el quinto dedo dando lugar al quinto varus adquirido o congénito.

Camptodactilea

También denominado dedo en martillo congénito, es más frecuente en el quinto dedo, donde la primera falange está hacia arriba y la segunda falange está flexionada.

Aracnodactilea

Los dedos están engrosados a nivel del pulpejo y falanges distales por lo que también se les denomina dedos en palillo de tambor o dedos hipocráticos.

Sindactilea

Se suelen asociar a las polidactileas. Es una unión de dos o más dedos en una cubierta cutánea. La unión puede ser por medio de una membrana laxa como ocurre en las patas de las ranas, o bien estar cerradas en un solo espacio interdigital, siendo el más frecuente el segundo espacio, o bien ser terminales afectando a la comisura libre de la última falange.

Macroductilea

Son hipertrofias parciales de los dedos, de origen confuso. Suelen ser más frecuentes en hombres que en mujeres.

Deformaciones de los dedos

Entran de lleno en el apartado de lesiones de los dedos, las más frecuentes son:

Hallux valgus o juanete.

Un juanete (Hallux valgus) es un agrandamiento de la articulación de la base del dedo gordo del pie (la articulación metatarsofalángica).

Se produce al desplazarse el hueso o el tejido de la articulación del dedo gordo.

Lo que fuerza al dedo a doblarse hacia los otros, creando un bulto de hueso, frecuentemente doloroso.

Como esta articulación soporta gran parte del peso del cuerpo al caminar, los juanetes pueden ser extremadamente dolorosos si no se tratan.

La propia articulación metatarsofalángica puede volverse rígida e irritada, haciendo difícil o imposible incluso practicar un deporte y calzarse.

Los juanetes o bunios (en latín bunio, que significa agrandamiento), pueden darse también en la parte exterior del pie, del quinto dedo o dedo pequeño, donde se le denomina juanete de sastre.

Síntomas

- Se desarrolla un bulto firme en el borde externo del pie, en el primer dedo.
- Enrojecimiento, hinchazón, o dolor en, o cerca de, la articulación metatarsofalángica.
- Callosidades u otras irritaciones causadas al montarse un dedo sobre otro.
- Movimiento limitado o doloroso del dedo gordo.

Etiología

Los juanetes se forman cuando se altera el equilibrio de fuerzas que se ejercen sobre las articulaciones y los tendones del pie.

Puede conducir a inestabilidad de la articulación y causar la deformidad.

Aparecen tras varios años de movimiento y presión anormales en la articulación metatarsofalángica.

Es un síntoma de mal desarrollo del pie y normalmente son causados por la forma de caminar, el tipo hereditario de pie, el calzado, u otros motivos.

Aunque los juanetes tienden a aparecer en varios miembros de la misma familia, lo que se hereda es el tipo de pie, no el juanete.

Los progenitores que padecen mala movilidad del pie pueden pasar el tipo de pie problemático



a sus hijos, que a su vez serán también propensos a desarrollar juanetes.

El funcionamiento anormal causado por este mal desarrollo del pie puede producir presiones sobre el pie y dentro de él, a menudo con el resultado de deformidades en el hueso y la articulación, como juanetes o dedos en martillo.

Otras causas para la aparición de juanetes son heridas en el pie, desórdenes neuromusculares, o deformidades congénitas.

Los deportistas que sufren de pies planos o arcos del pie bajos son también más propensos a desarrollar estos problemas, así como los deportistas afectados de enfermedades inflamatorias en las articulaciones.

Que duda cabe que los deportistas sobre todo los profesionales, realizan un esfuerzo excesivo del pie y a menudo desarrollan el problema.

El calzado demasiado apretado o que aprieta unos dedos contra otros es también un factor común, que explica la alta preponderancia del problema entre las mujeres deportistas.

Soluciones paliativas.

- Colocar protectores de juanete comerciales, sin medicación, alrededor del bulto del hueso.
- Llevar calzado de puntera amplia.
- Si el juanete se inflama y duele, aplicar hielo varias veces al día para reducir la hinchazón.
- Evitar los zapatos de tacón de más 5 cm. de alto.



Linha
Hidratantes
INA *toque de*
carinho
aos ses pés



NUTRI FEET

Ativos: Lanolina e Triclosan

Peso líquido: 60g

Indicado para hidratar e desodorizar os pés dando um toque seco. Pode ser usado para os protocolos de SPA dos pés e mãos.

NUTRI FEET PLUS

Ativos: Alantoína, Vitamina E, Aloe Vera e Calêndula

Peso líquido: 60g

Desenvolvido para evitar o ressecamento e impedindo o desequilíbrio da umidade natural da pele, hidratando os pés deixando a pele macia e sedosa.

NUTRI FEET PARAFINADO

Ativos: Parafina, Manteiga e Cupuaçu

Peso líquido: 100g

Proporciona uma hidratação profunda dos pés, recuperando a textura e elasticidade da pele, tornando-a macia e suave. Indicado para pés com fissuras e rachaduras. Pode ser usado com luvas e/ou botas plásticas para oclusão.

NUTRI FEET URÉIA

Ativos: Uréia, Lanolina, Óleo de Amêndoas, Cupuaçu e Aloe Vera

Peso líquido: 30g

Hidratante com toque seco, tem como principal característica controlar o equilíbrio hídrico da pele, retendo sua umidade natural e com isso renovando a derme. Indicado para peles áspera e grosseira, pode ser usado para hidratação de pés, joelhos e cotovelos. Contra indicado para gestantes e pessoas com pele sensível.

ina
dermocosméticos

www.inadermocosmeticos.com.br

47 3222-3068

Tratamiento conservador para el dolor de juanetes

Las opciones de tratamiento varían con el tipo y gravedad de cada juanete, aunque es importante identificar la deformidad temprano en su desarrollo para evitar la cirugía.

En el caso de deportistas se debe buscar atención de un podólogo especializado a la primera indicación de dolor o incomodidad porque, si se dejan sin tratar, los juanetes tienden a hacerse mayores y más dolorosos, haciendo más difícil el tratamiento paliativo no quirúrgico.

El objetivo principal de la mayoría de las opciones de tratamiento temprano es aliviar la presión sobre el juanete y detener la progresiva deformación de la articulación.

Se pueden recomendar estos tratamientos:

Acolchado y vendado

Acolchar el juanete, frecuentemente el primer paso en un plan de tratamiento, reduce el dolor y permite al deportista realizar una vida normal y activa.

Los vendajes ayudan a mantener el pie en una posición normal, reduciendo la presión y el dolor.

Medicación

Frecuentemente se recetan fármacos antiinflamatorios e inyecciones de cortisona para aliviar el dolor agudo y la inflamación causadas por deformidades de las articulaciones.

Fisioterapia

Se usa a menudo para aliviar la inflamación y el dolor. La terapia de ultrasonidos es una técnica popular en el tratamiento de juanetes y el tejido blando asociado a ellos.

Ortopodología

Las plantillas para el calzado tanto deportivo como de uso cotidiano pueden ser útiles para controlar la funcionalidad del pie y pueden reducir los síntomas y prevenir el empeoramiento de la deformidad.

Cuando falla el tratamiento temprano o el juanete crece más de lo aconsejable para esas opciones, la cirugía Podiátrica puede ser necesaria para aliviar la presión y reparar la articulación del dedo.

Tratamiento quirúrgico

La actual práctica podológica cuenta con varios procedimientos quirúrgicos.

La cirugía elimina el agrandamiento del hueso, rehace el alineamiento normal de la articulación, y alivia el dolor.

En las deformidades menos graves puede usar-

se una simple bunionectomía, en la cual se elimina únicamente el bulto del hueso.

Los casos más graves pueden requerir procedimientos más complejos, que incluyen cortes en el hueso y el realineamiento de la articulación.

La recuperación lleva tiempo, y son comunes las molestias y la hinchazón durante varias semanas tras la cirugía, el dolor, sin embargo, se controla fácilmente con medicamentos analgésicos.

Hallux Rigidus

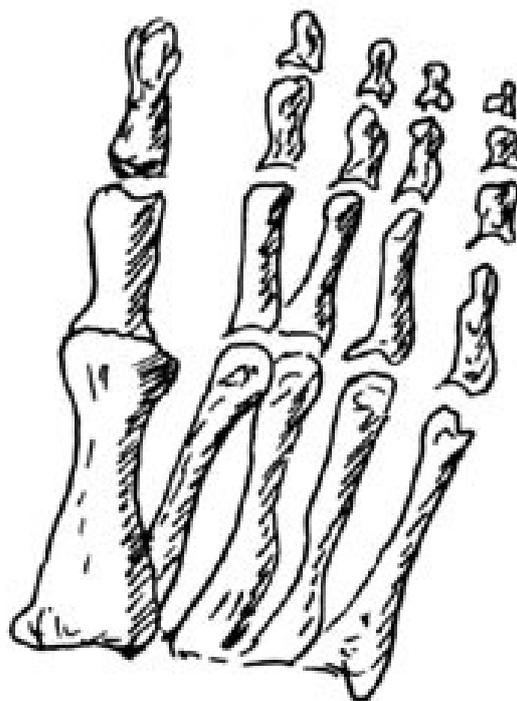
Cada día, con cada paso, el dedo gordo soporta una tensión impresionante: una fuerza correspondiente al doble del peso corporal. La mayoría de las personas no son conscientes de cuánto están utilizando el dedo gordo, hasta que aparece un problema.

Uno de los problemas que aflige al dedo gordo es el denominado Hallux Rigidus, un trastorno por el cual el movimiento del dedo se ve restringido por varios grados.

Este padecimiento puede causar molestias e incluso discapacidad, ya que este importante dedo es utilizado para caminar, inclinarse, trepar e incluso para mantenerse de pie.

El Hallux Rigidus es una deformidad en la articulación ubicada en la base del dedo gordo.

Causa dolor y rigidez en el dedo gordo, y con el tiempo, doblar el dedo se vuelve más y más difícil.



Hallux rigidus

cil. "Hallux" refiere al dedo gordo, "rigidus" indica una rigidez en el dedo que impide el movimiento.

El Hallux Rigidus es, en realidad, una forma de artritis degenerativa (desgaste del cartílago dentro de la articulación, que ocurre en el pie y otras partes del cuerpo).

Como el Hallux Rigidus es un padecimiento progresivo, la movilidad del pie disminuye con el paso del tiempo. En sus fases primarias, la movilidad del dedo gordo solo se encuentra algo limitada; entonces se la llama "Hallux Limitus".

Sin embargo, mientras el problema avanza, el rango de movimiento del dedo disminuye hasta alcanzar el estado final de "rigidus", que es cuando el dedo permanece rígido o como "congelado".

Mientras la enfermedad progresa también pueden presentarse otros problemas.

Indicios y síntomas primarios.

Dolor y rigidez del dedo gordo al caminar, mantenerse de pie, inclinarse, etc.

Dolor y rigidez intensificados por el frío o la humedad

Dificultad para realizar actividades deportivas como correr, agacharse, etc.

Hinchazón alrededor de la articulación con inflamación y enrojecimiento agudo.

Síntomas adicionales, cuando se desarrolla el padecimiento.

Dolor, incluso durante el descanso

Dificultad para usar calzados deportivo y de uso cotidiano.

Dolores en la cadera, rodilla o parte baja de la espalda debido a cambios en el modo de caminar.

En algunos casos el agravamiento del Hallux rigidus puede llegar a producir cojera.

Etiología

Las causas comunes del Hallux Rigidus son disfunciones (biomecánicas) y anomalías estructurales del pie, que pueden llevar a la osteoartritis de la articulación del dedo gordo.

Este tipo de artritis es la resultante del "uso y abuso" del primer segmento que es el formado por el dedo gordo y su metatarsiano correspondiente, y muchas veces se desarrolla en deportistas que sufren algún tipo de defecto que modifica el funcionamiento del pie y del dedo gordo. Por ejemplo, aquellos deportistas con arcos caídos o con una excesiva pronación (entrada pronunciada) en los tobillos.

A veces el Hallux Rigidus se encuentra en varios miembros de una misma familia, ya que han heredado un tipo de pie que es propenso a desarrollar este trastorno.

En otros casos se asocia con el uso excesivo del dedo gordo, especialmente entre aquellos deportista que la biomecánica de su deporte hacen incrementan el estrés del dedo gordo, como por ejemplo deportistas que muchas veces deben estar en posición encorvados o en cuclillas como los porteros del hockey.

El Hallux Rigidus también puede ser el resultado de una herida, incluso de un tropiezo.

También puede haber sido causado por enfermedades inflamatorias como por ejemplo la artritis reumática o gota.

El podólogo especializado en los pies y tobillos de los deportistas puede determinar la causa del Hallux Rigidus y recomendar el mejor tratamiento.

Diagnóstico

Cuanto antes pueda diagnosticarse este trastorno, más fácil será su tratamiento.

Si no se le da importancia a su inicio y se espera, su trastorno será más difícil de tratar.

Para diagnosticar el Hallux Rigidus, el podólogo examinará el pie y manipulará el dedo para determinar el rango de movimiento.

Generalmente se realizan rayos X para determinar el grado de artritis presente, así como para evaluar la existencia de espolones en los huesos u otras anomalías.

Tratamiento

El inicio es la utilización de métodos no quirúrgicos, si se diagnostica a tiempo, es posible que el trastorno responda a tratamientos menos agresivos. De hecho, en muchos casos el tratamiento temprano puede evitar o posponer la necesidad de realizar una cirugía en el futuro.

El tratamiento para los casos moderados de Hallux Rigidus puede incluir una o más de las siguientes estrategias:

Cambio de calzado deportivo y cotidiano con punta ancha, porque éstos ejercen menos presión sobre los dedos de los pies.

También puede recomendarse calzado cotidiano con suelas rígidas o con las puntas arqueadas tipo rocker bottom.

En el caso de mujeres deportista lo más probable es que ya no pueda usar tacones altos en el calzado de uso diario.

El tratamiento de elección son las plantillas ortopédicas, estudiadas para mejorar el funcionamiento del pie.

La medicación sobre todo para ayudar a reducir el dolor y la inflamación como antiinflamatorios no-esteroides y la utilización de algunos suplementos como ciertas vitaminas y minerales también pueden ser de ayuda.

En ocasiones muy indicadas se realizan infiltraciones por medio de la inyección de pequeñas

Turmas especiais
aos fins de semana.



coltiva

CURSO TÉCNICO EM PODOLOGIA

A saúde
dos pés em
suas mãos

47 3037.3068

www.inainstituto.com.br

Rua Hermann Hering, 573
Bom Retiro // Blumenau // SC

Credenciado pelo Parecer CEE/SC nº 395/05, por delegação de competência do MEC em 20/12/2005 e decreto Estadual nº 4.102 de 16/02/2006 (Parecer CEDP nº 040 em 28/04/2008)

INA
INSTITUTO
Educação no seu tempo

cantidades de corticoesteroides en el pie afectado para ayudar a reducir la inflamación y el dolor.

La terapia de ultrasonido u otras modalidades de fisioterapia pueden brindar un alivio.

En algunos casos, la cirugía es el único camino para eliminar o reducir el dolor. Hay varios tipos de cirugía que pueden ser aplicados para el tratamiento del Hallux Rigidus.

Estos procedimientos quirúrgicos se dividen en dos categorías:

Algunos procedimientos reconstruyen y “limpian” la articulación. El cirujano remueve el daño artrítico de la articulación, así como cualquier espolón que se hubiera creado en el hueso; luego altera la posición de uno o más huesos del Hallux. Estos procedimientos fueron ideados para preservar y restaurar la alineación normal y las funciones de la articulación, así como para reducir o eliminar el dolor.

Cuando no se puede preservar la articulación es necesario realizar procedimientos más agresivos. Éstos pueden involucrar la fusión de la articulación, la remoción de parte o de toda la articulación y, en algunos casos, el reemplazo con un implante como aquellos utilizados para la cadera o la rodilla.

Estos procedimientos eliminan la movilidad dolorosa en la articulación y brindan estabilidad.

El procedimiento que se utilice para corregir el Hallux Rigidus depende de muchos factores, incluyendo la causa y gravedad de la enfermedad, así como la edad del deportista, la ocupación y los niveles de su actividad deportiva.

Si se realiza una intervención quirúrgica, la duración del período de recuperación variará de

acuerdo al procedimiento o los procedimientos realizados.

Hallux flexus

Es un grado más avanzado que el Hallux rigidus.

El primer metatarsiano está hacia la cara dorsal; la falange está descendida hacia la cara plantar, presenta un higroma a nivel de la cara dorsal del primer dedo y otro en el apoyo de la cara plantar de la última falange, incluso con exostosis.

Etiología

Puede estar causado:

Por secuelas del tratamiento por haber padecido una poliomielitis.

Por parálisis del músculo extensor del primer dedo.

Por parálisis del músculo peroneo lateral largo.

Por la supinación del pie zambo equino varo congénito.

Por estar muy potenciado el músculo tibial anterior.

Por un pie valgo congénito convexo.

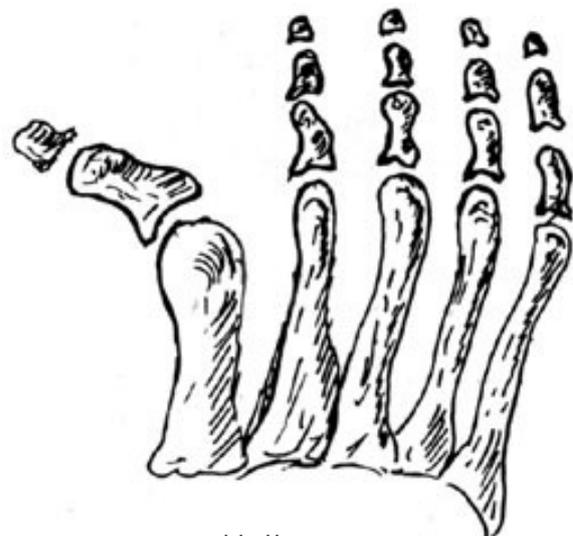
En los deportistas las causas suelen ser por excesiva potenciación del músculo tibial anterior en los entrenamientos, o por traumatismos que producen atonías pasajeras de los músculos peroneo largo y del extensor del dedo gordo.

Hallux varus

El primer dedo está en situación de varo. Suele ser de origen congénito, con desviaciones de ángulos de 60° a 90°. Se asocia al pie zambo, sindactilea, y polidactilea. El primer dedo visto en radiografía suele ser más grueso y plano.



Hallux flexo



Hallux varo

Suelen existir dos falanges supernumerarias seguidas o en bayoneta. También puede ser adquirido como consecuencia a secuelas de una intervención quirúrgica de Hallux valgus.

En radiografía podemos observar dos tipos:

1.- Hallux varus como prolongación del primer metatarsiano varo, siendo normal la articulación del metatarso con la falange.

2.- Hallux varus en el que el metatarsiano tiene una correcta dirección y la falange se articula con la porción interna del primer metatarsiano. Se caracteriza por la presencia de una banda fibrosa desde la base de la primera falange hasta el primer metatarsiano.

Dedos en martillo

Definiremos como dedos en martillo a la existencia de una flexión de la segunda falange sobre la primera, siendo más frecuente en el segundo dedo. Pueden ser por causa congénita o adquirida y suele estar asociado a otras patologías de los dedos como el Hallux Valgus.

En su inicio la posición de los dedos suelen ser posturales o adquiridas, con el paso del tiempo los dedos se van haciendo más retractiles y se hacen prácticamente irreductibles y suelen aparecer helomas a nivel de la cara dorsal de la cabeza articular de la primera falange.

En los deportistas dificulta las acciones de agarrar y la extensión de los dedos, que es imprescindible para la práctica deportiva.

Las causas pueden ser varias:

Adquirida intrínseca. Por desequilibrio muscular del pie, por utilización de calzado inadecuado (corto, estrecho o pequeño) que causa deformidades que con el paso del tiempo se hacen permanentes, aparecen sobre todo en el antepié plano (sobre apoyo de las cabezas metatarsales que hacen descender las falanges y subir los dedos). También por pie cavo, hay insuficiencia de los músculos extensores por acortamiento, flexión dorsal de la primera falange y flexión plantar de la segunda y tercera falange.

Adquirida extrínseca. No hay existencia de lesiones en el pie. El agente externo causal suele ser el calzado inadecuado al crecimiento del pie en edades de osificación.

Congénita. Se da en indígenas y en general en personas que suelen andar descalzas, los dedos del pie efectúan una contracción para agarrarse al terreno cuando caminan.

Inflamatoria. Por artritis crónica inflamatoria y

evolutiva.

Variedades de dedos en garra

Garra proximal

Se produce cuando hay una elevación de la primera falange, la segunda y la tercera están descendidas, o casi horizontales. Existe un heloma dorsal con higroma por presión en el pulpejo del dedo. Al caminar se suele producir otro heloma en el pulpejo del dedo y otro plantar por presión de la cabeza del metatarsiano. La cápsula articular (intraarticular) de la primera articulación interfalángica se encuentra descendida en su cara dorsal, y en su cara plantar se encuentra contraída. En la articulación metatarsofalángica la cara plantar se encuentra descendida y la cara dorsal contraída. La lesión se hace definitiva y permanente por causa de estas articulaciones, en las que se suele producir una exostosis. A nivel del higroma dorsal puede haber supuración, bien hacia el exterior o hacia el interior de la articulación. Por compresión de los dedos laterales se estrecha la falange del dedo en garra proximal.

Garra distal

Se produce cuando la primera y segunda falange de dedo están horizontales y la tercera falange está vertical, es decir cuando hay retracción del músculo flexor. La causa suele ser la utilización de calzado más pequeño que el adecuado al pie.

Garra total

Se produce cuando la primera falange está muy elevada, la segunda falange está horizontal y la tercera falange está muy descendida. Suele acompañarse de dos helomas muy dolorosos.

Garra invertida

Se produce cuando la primera falange está horizontal, la segunda falange está muy descendida y la tercera falange está horizontal y paralela a la primera falange. Una de las causas es el uso de calzado con suela de madera, los surcos de la madera para la huella de los dedos impiden el deslizamiento correcto de estos. El uso de este tipo de calzado se debe desaconsejar siempre en los deportistas.

Cuello de Cisne

Se produce cuando hay una elevación de la primera falange y la segunda y tercera falanges están muy descendidas, alcanzando casi la verticalidad. Generalmente es congénito por retrac-

Dedos en martillo

 Callo  Exostosis



Garra distal



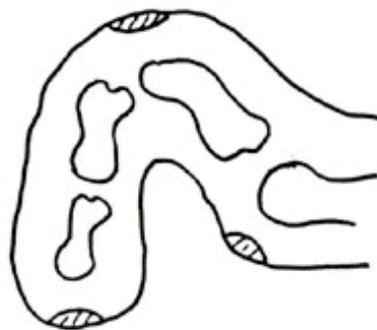
Garra total



Garra invertida



Garra proximal



Cuello de cisne

ción de los flexores. Se suele asociar a Hallux Valgus. El estrechamiento de la falange proximal es muy notorio por estar muy descendida. Con el paso del tiempo da lugar a un dedo denominado en bastón.

Quinto dedo varus

Puede ser congénito o adquirido.

Congénito (de 40° a 80°). Es más frecuente que el dedo esté en supraductus sobre el cuarto dedo que en infraductus. La uña es rudimentaria, el dedo está muy aplanado con luxación del extensor en el cuarto espacio, por lo que el dedo es deforme. Como lesión característica suele aparecer un heloma interdigital u ojo de perdiz. La superficie articular del quinto metatarsiano mira hacia dentro.

Adquirido. También conocido como angulación del quinto radio. El metatarsiano está hacia fuera y el dedo hacia dentro, hay heloma y bursitis formando un juanete de sastre. Suele asociarse al Hallux Valgus formando el denominado antepié plano triangular. Hay una luxación del flexor y del extensor del quinto dedo a nivel del cuarto espacio interdigital.

Somos a diferença na podologia!



LORENS FEET

Exclusivo desodorante 100% natural com poder de inibir a transpiração e esterilizar pés e sapatos.

Combate o mal cheiro proveniente dos fungos e bactérias, liberando um delicioso perfume de cidreira



MELALEUCA NANO VETORIZADO:

Sendo pioneiro na podologia com tecnologia nanométrica, de origem australiana, 100% puro e natural.

Tem super penetração atingindo fungos e bactérias com extrema facilidade. Por ser encapsulada sua molécula não oxida, evitando alergias com liberação do ativo prolongado.



EMOLUX

Emoliente concentrado com poder de remoção das áreas hiperqueratinizadas. Rende até dois litros.



KARIM

BASE FORTALECEDORA DE UNHAS:

Enrijece as unhas na primeira passada, pois contém Cálcio, Queratina e D- Pantenol, associados com Cravo, Tomilho e Melaleuca que protegem do ataque de fungos e bactérias.

Esta nova tecnologia que chega ao Brasil, pode ser usado em crianças e gestantes, pois não contém petrolato. Removível com água quente se aplicado puro ou da forma tradicional, utilizando por cima um esmalte de sua preferência.



ONICO FREE

Contem cinco fungicidas naturais: Melaleuca, Tomilho, Argam Cravo e Menta, o que faz este produto ser o responsável pela cura de todas as

Sua alta concentração de cravo e menta aumenta sua ação



CURCUMINA

Produto para ser usado com luz azul ou verde. Criado com a tecnologia de nano vetorização.

Suas partículas de cúrcuma, cravo e rosa mosqueta, são de cinco a dez vezes menores que fungos e bactérias.



HIGILUX

O primeiro antisséptico concentrado na podologia comprovado com teste laboratorial. Rende até cinco litros.



A.G.E.

ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS

Loção oleosa, altamente hidratante e cicatrizante. Formulada com óleos vegetais naturais como: girassol, milho e cenoura, Triglicerídeos de cadeia média, Ácidos graxos essenciais, Vitaminas A e E, Lecitina e Alfa Bisabolol.

Age formando uma camada que previne e trata a pele lesada. Ideal para ser usado por pessoas acamadas, que necessitam de uma alta regeneração na pele.

Fone: 11 - 2693.3723 Cel/Whatsapp: 11 - 98390.9070

e-mail: dermolorens@yahoo.com.br www.dermolorens.com.br

 **DermoLorens**
Nós tocamos sua vida.

SEJA UM
REPRESENTANTE
Lorens

www.shop.mercobeauty.com
Shop de Revistapodologia.com

KIT 22 Temas

22 TEMAS

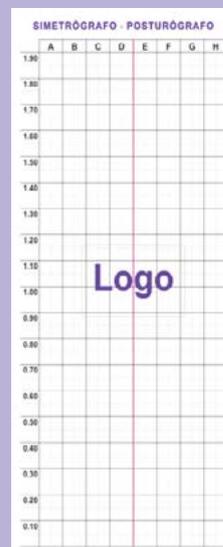
Formatos: PowerPoint/PDF
Idiomas: Português-Español

Para ver no seu / Para ver en su
Pc, Notebook, Tablet ou/o Celular.

Envios por download (baixar - bajar)

Posturógrafo

- ✓ Para hacer la evaluación postural en pacientes.
- ✓ Medida 2,10 x 1,0 m, de lona tipo banner.
- ✓ Para ser colocado en la pared.



LIVRO Podología Esportiva



Libro Podología Deportiva

✓ **IDIOMAS ESPAÑOL E PORTUQUÊS.**

Este libro disponibiliza informaciones sobre el paciente que ejerce alguna disciplina deportiva, y colabora estimulando al profesional a un mejor desempeño.

Este livro disponibiliza informações sobre o paciente que exerce alguma atividade esportiva, e colabora estimulando ao profissional para um melhor desempenho.

Envios de Brasil para todo el mundo



+55 19 98316-7176

Fuera de Brasil el pago es por **PayPal**
en moneda/tarjeta de su país.

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁCTICOS - 40 x 30 cm

Onicomicoses - Onychomycosis

Classificação por sua localização ou aparência na lâmina ungueal
 Clasificación por su localización o apariencia en la lámina ungueal

Causas: *Dermatofitos (filamentosos FFD / no filamentosos FNFO) ou leveduras*
 Causas: *Dermatofitos (filamentosos FFD / no filamentosos FNFO) o leveduras*

Distal
Lateral
Proximal

Subungual lateral
Subungual lateral

Superficial branca
Superficial blanca

DistalPlus total
DistalPlus total

Subungual branco e lateral
Subungual blanco e lateral

Subungual proximal
Subungual proximal

Por Caméfito albicans (leveduras)
Por *Candida albicans* (leveduras)

DistalPlus
DistalPlus

www.revistapodologia.com - Foto: Podologia Maria Regina

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Vista Dorsal

Vista Plantar

1 Calcâneo - Calcáneo
2 Calcâneo anterior da tíbia
3 Calcâneo lateral e medial
4 Calcâneo inferior da tíbia
5 Calcâneo superior da tíbia
6 Calcâneo distal
7 Calcâneo da tíbia - Calcâneo
8 Calcâneo
9 Calcâneo da tíbia
10 Calcâneo da tíbia
11 Calcâneo da tíbia
12 Calcâneo da tíbia
13 Calcâneo da tíbia
14 Calcâneo da tíbia
15 Calcâneo da tíbia
16 Calcâneo da tíbia
17 Calcâneo da tíbia
18 Calcâneo da tíbia
19 Calcâneo da tíbia
20 Calcâneo da tíbia
21 Calcâneo da tíbia
22 Calcâneo da tíbia
23 Calcâneo da tíbia
24 Calcâneo da tíbia
25 Calcâneo da tíbia
26 Calcâneo da tíbia
27 Calcâneo da tíbia
28 Calcâneo da tíbia
29 Calcâneo da tíbia
30 Calcâneo da tíbia
31 Calcâneo da tíbia
32 Calcâneo da tíbia
33 Calcâneo da tíbia
34 Calcâneo da tíbia
35 Calcâneo da tíbia
36 Calcâneo da tíbia
37 Calcâneo da tíbia
38 Calcâneo da tíbia
39 Calcâneo da tíbia
40 Calcâneo da tíbia

www.revistapodologia.com

Salto Alto - Taco Alto

43% 57%

57% 43%

75% 25%

90% 10%

www.revistapodologia.com

REFLEXOLOGIA PODAL

www.revistapodologia.com

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Face posterior

Face medial

Face lateral

www.revistapodologia.com

Classificação Morfológica dos pés

Clasificación morfológica de los pies

www.revistapodologia.com

SISTEMA MUSCULO-VASCULAR

www.revistapodologia.com

Calosidade e Tipos de Calos - Callosidad y Tipos de Callos

Calosidade: região ampla de pressão - Callosidad: región amplia de presión
 Calo: ponto específico de pressão - Callo: punto específico de presión

Calosidade - Callosidade
 Calo Mitoi - Callo Mitoi
 Calo com nódoa - Callo con nódoa
 Calo Interdigital - Callo Interdigital

Calo Mitoi - Callo Mitoi
 Calo Duro - Callo Duro
 Calo Branco - Callo Blanco
 Calo Branco - Callo Blanco

www.revistapodologia.com - Foto: Podologia Maria Regina

revista@revistapodologia.com - Tel.: +55 - 19 - 98316-7176 whats - Campinas - SP - Brasil
 A la venta en nuestro Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com
 Envios desde Brasil para Brasil y para todo el mundo !!!