

# revistapodologia .com

N° 24 - Febrero 2009



**Revista Digital de Podología**

*Gratuita - En Español*

# revistapodologia.com

**revistapodologia.com n° 24**  
**Febrero 2009**

**Directora científica**  
Podologa Márcia Nogueira

**Director comercial:** Sr. Alberto Grillo

**Colaboradores de esta edición:**

Podologa Mariel Adriana Vazquez. **Argentina.**  
Podologo Luis Puig Sanz. **España.**  
Lic Alicia León. **Argentina.**

**Humor**

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 22.

## ÍNDICE

Pag.

- 4 - Principales patologías neurológicas en el pie y en el antepie.
- 6- Diagnóstico diferencial de la onicomycosis.
- 15- Que es marketing.
- 17- Variantes del dedo en martillo.

**Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.**

Tel: #55 19 - 3365-1586 - Campinas - Brasil

[www.revistapodologia.com](http://www.revistapodologia.com) - [revista@revistapodologia.com](mailto: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.*

# Segunda Exposição Multiprofissional do Pé

Nova Data e Novo Local



**Local: Centro de Convenções Frei Caneca**  
Frei Caneca Shopping & Convention Center - SP

Organização e Realização

**revistapodologia**  
.com

**Informações**

Tel: #55 (11) 2292-8615 - [expope@expope.com](mailto:expope@expope.com) - [expope@revistapodologia.com](mailto:expope@revistapodologia.com)  
[www.expope.com](http://www.expope.com) - [www.revistapodologia.com](http://www.revistapodologia.com)

# Principales Patologías Neurológicas en el Pie y en el Antepié.

Podóloga Márcia Nogueira. Brasil.

Entre las neuropatías que acometen los pies se destacan las que se localizan en el antepié, por que se localizan desde inicio y con mas evidencia, en esa región.

Además del clásico mal perforante, existen otras patologías que tiene alteraciones cuanto la sensibilidad y trofismo esquelético.

Sabemos que el buen funcionamiento de las extremidades de nuestro cuerpo necesita no solo de una buena irrigación sanguínea, como también de inervación normal.

El mal funcionamiento de la sensibilidad (sistema nervioso), de la vascularización (sistema circulatorio) y los músculos (función motora) que constituyen los pies, son funciones independientes que juntas o no, comprometen severamente a la salud de los pies.

Vamos a citar algunas patologías neurológicas en el antepié y pie, ligadas a traumatismos en los nervios:

## 1. Neuritis interdigital

Proceso inflamatorio de los nervios interdigitales.

## 2. Neuralgia

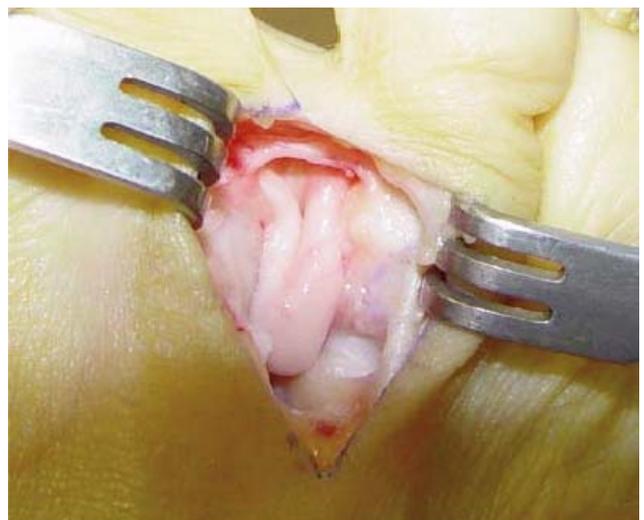
Metatarsalgia, presenta dolor en las cabezas de los metatarsos por neuralgia, tiene origen en la hiperflexión de la articulación metatarsofalangiana, como consecuencia, aumenta la angulación de los nervios y tiene el pinzamiento o compresión de los niervos interdigitales.



Hay mucho dolor y aumento de la sensibilidad en la región de apoyo del metatarsiano. Como opción de tratamiento tenemos la prevención de la extensión de los dedos, el uso de anteparo metatarsico y el uso de calzados adecuados.

## 3. Neuroma de Morton

Pinzamiento del niervo interdigital, que lleva a una cicatrización local. El pinzamiento es la compresión en la fibra nerviosa, causando la dimi-



nución del impulso eléctrico y lesión en la célula nerviosa. Como consecuencia de ese trauma, hay perdida de la fuerza muscular, con sensación de "hormigueo", sin sensibilidad (parestesia). Presenta dolor tipo "quemazón" o "puntadas".



El neuroma es irreversible, pues tiene la séque-la en el nervio que sufre un proceso de cicatrización de la fibra nerviosa y tiene formación de fibras colágenas en el local lesionado. Es bueno acordarse de que el nervio se degenera independiente del agente perjudicial.

En la sección del nervio se forma tejido conjuntivo, que puede colar y virar un neuroma, pues,

no hay transmisión de electrones.

Hay también presión entre las cabezas de los metatarsianos sobre los nervios interdigitales. Se presenta como un nódulo doloroso en la región del 3º y 4º metatarso. Duele al caminar, al poner zapatos cerrados, hay parestesia en los dedos y el dolor no cede con el reposo.

El tratamiento indicado sería la cirugía o infiltración local con corticoides.

Para la prevención son indicadas palmillas para el pie chato pues, sustenta el arco transverso.

#### 4. Pinzamiento del nervio tibial anterior

Sucede por traumas directos y compresiones extrínsecas, como calzados inadecuados sobre la superficie dorsal del pie.

Siendo superficial, tiene poca protección del tejido, expuesta fácilmente a traumas. Presenta dolor y hormigueo en las superficies laterales de los 1º y 3º dedos. Para el tratamiento se debe actuar sobre la causa del trauma directo.



#### 5. Pinzamiento del nervio tibial posterior

Ocorre debido a traumas sobre los ramos plantares o sobre el propio nervio tibial posterior, estando en la posición de pie y siendo el apoyo plantar inadecuado en la región del medio de la planta. El nervio tibial posterior pasa por el canal del tarso, formado por el ligamento talo calcáneo.

Presenta dolor y sensación de hormigueo, queda resentida por el nervio mas afectado, si fuera el nervio plantar lateral. Presenta dolor en la región lateral de la planta, si fuera el nervio plantar medial, presenta dolor en la región media, si ocurre en el nervio calcáneo, dolor en el apoyo del calcáneo y en región posterior al maléolo medial. Como tratamiento es indicado reposo, uso de antiinflamatorios y en ultimo caso, incisión quirúrgica en el ligamento. ✕



Pdga. e prof. Márcia Nogueira  
podologamarcianogueira@hotmail.com

Obs.: Fotos e figuras retiradas da internet

# HomeoMag

Saúde e beleza dos pés à cabeça

**Altamente Hidratante e Cicatrizante**  
Contém Extratos de Plantas Medicinais

Ideal no tratamento de fissuras (principalmente calcanhar). Hidrata a pele de regiões ressecadas, como cotovelos, mãos e pés.



**Um descanso para os pés!**



**Novo Telefone:**  
**(11) 2604-3030**

pedidos@homeomag.com.br

**ENTREGAMOS PARA TODO O BRASIL.**



**Tenha todos os nossos produtos em sua clínica de saúde, estética ou beleza!**

- Gel Hidratante Calmante
- Amolecedor de Cutículas
- Loção Hidratante c/ Mentol
- Loção Emoliente
- Hidratante com Cera de abelha e Silicone
- Crema para Fissuras

**PONTOS-DE-VENDA PARA PROFISSIONAIS:** AM/ Manaus- Braz & Pereira Ltda (92)3622-9373 CE/Fortaleza - Coml. Bastos (85) 3226-7492 DF/Brasília - Potus (61) 3039-1959 MG/Belo Horizonte - Podoplus (31) 3292-8507 / Pise Leve (31) 3222-0996 MS/Campo Grande - Della Grave (67) 3384-2355 PA/Belém - Raf Care (91) 3249-9990 PR/Curitiba - Casa Costa (41) 3016-1141 RJ/Rio de Janeiro - Podoplus (21) 2254-1394 / Podolife (21) 3681-6078 / Taroa (21) 3278-4945 RS/Porto Alegre - D&D (51) 3227-6767 SP/Americana - Almeida Aquino (19) 3406-6581 SP/Jundiaí - Wagner Neves (11) 4521-0362 SP/Campinas - CAP (19) 3203-5055 SP/Santo André - Podoplus (11) 4972-3857 SP/Santos - Podontope (13) 3238-7925 SP/São Paulo - Podoshopping (11) 5562-9053 / Podemel (11) 3106-3152 SP/Sorocaba - Miaki (15) 3233-3335 / Dental Pássaro (15) 2101-6750 / Dimeso (15) 2102-3451

# Diagnóstico Diferencial de la Onicomycosis.

Podologo Luis Puig Sanz. *Espanha.*

## Diagnóstico diferencial de la Onicomycosis

En esta nota se tratarán las enfermedades de las uñas que no pertenecen a las onicomycosis.

Hay otras enfermedades de las uñas que no están causadas por hongos y a menudo se confunden con las onicomycosis.

El diagnóstico diferencial de las onicomycosis es de gran importancia puesto que el tratamiento de una onicomycosis falsamente diagnosticada puede ser causa de un trastorno considerable, ya que el paciente debe seguir un tratamiento prolongado que le exige una especial dedicación.

## Otras enfermedades similares de las uñas

El diagnóstico diferencial de las onicomycosis se plantea con casi toda la patología ungueal. El problema aumenta ante la dificultad para demostrar la presencia fúngica en la uña para llegar a un diagnóstico definitivo.

La distrofias ungueales pueden deberse a numerosas causas, como insuficiencias arteriales, venosas y linfáticas, edad avanzada, enfermedades hormonales, psoriasis, enfermedad de Reiter, liquen plano, dermatitis crónica por eccema, alteraciones congénitas y disqueratosis foliular de Arier, entre otras, en la práctica, los diagnósticos diferenciales más importantes deben plantearse con la psoriasis, paroniquia crónica y eccema crónico.

La onicomycosis distal y lateral plantea el diagnóstico diferencial fundamentalmente con onicopatía psoriásica, sobre todo en su forma hiperqueratósica subungueal. La psoriasis es una enfermedad dermatológica que se caracteriza por el desarrollo de placas eritematodescarnativas, característicamente cubiertas de escamas plateadas, localizadas preferentemente en los codos, las rodillas y/o cuero cabelludo.

Existen variantes clínicas eritrodérmicas, pustulosas y papulares (gutata). En ocasiones las lesiones aparecen o se reproducen como respuesta a un traumatismo, denominado fenómeno de Koebner. La psoriasis constituye una de las causas más frecuentes de alteración ungueal. En

diversos estudios se ha citado que entre el 15 y el 50% de los enfermos con psoriasis presentan manifestaciones ungueales de su proceso. La prevalencia de las lesiones ungueales de la psoriasis es similar en ambos sexos y tiende a aumentar con la edad, en lo que sin duda influye el hecho de que la participación de las uñas sea más rara en la psoriasis en gotas, que predomina en la edad infantil.

Es mucho más común en la psoriasis en placas y casi constante en las formas eritrodérmicas y en la psoriasis pustulosa generalizada y acral, así como en la psoriasis artropática, en la que sin embargo no parece existir relación entre la aparición de artritis de las articulaciones interfalángicas distales y la onicopatía.

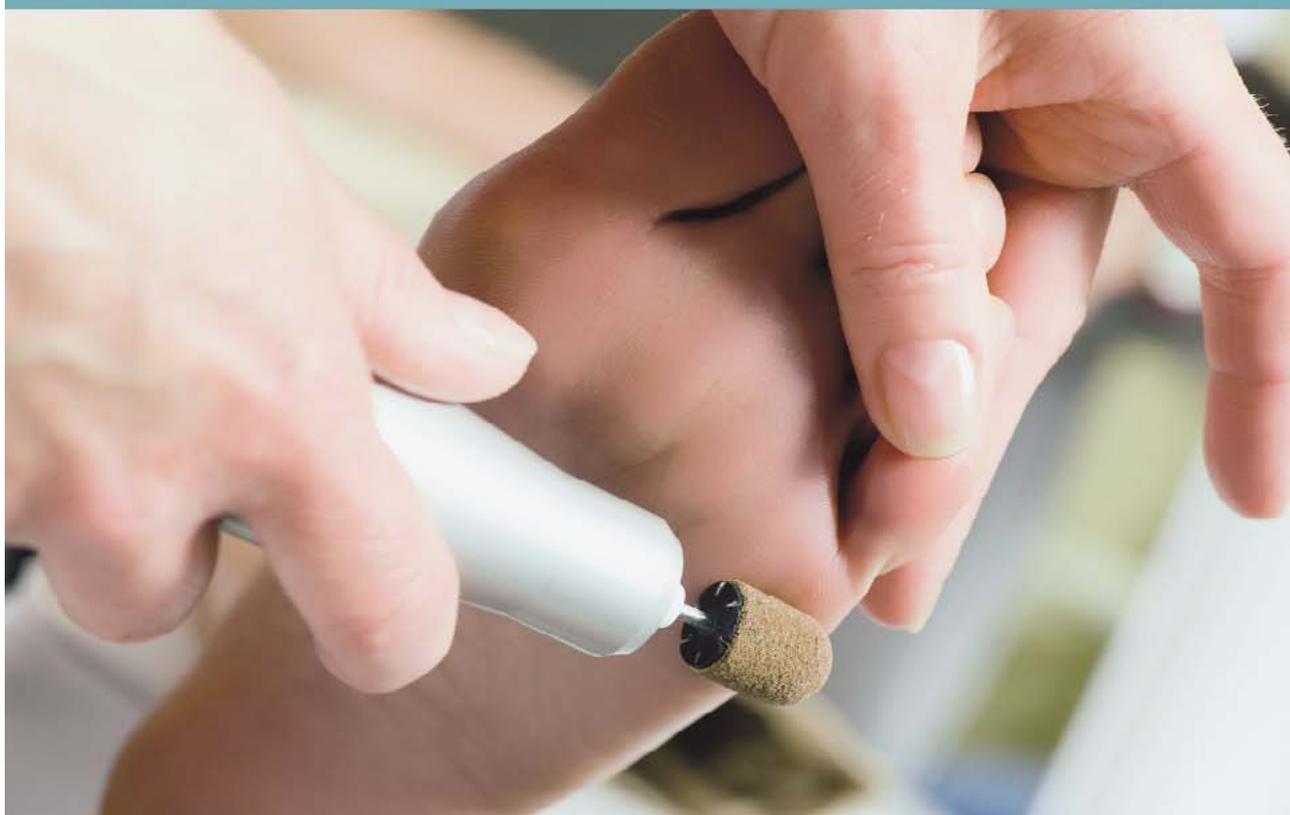
La presencia de lesiones de psoriasis en la piel y cuero cabelludo nos ayuda enormemente a diferenciar esta entidad de la onicomycosis. En general pues, la cuestión no es problemática: basta con comprobar si hay signos de psoriasis en la piel.

Es decir: la asociación "psoriasis del codo y alteraciones del tipo de la onicomycosis en las uñas" indica con toda probabilidad que las lesiones que se observa en la uña son de tipo psoriásico. Por desgracia, puede suceder que la psoriasis solo aparezca en las uñas y no existan lesiones en la piel (ni antecedentes de lesiones cutáneas en el paciente ni en su familia). En estos casos, diferenciar la psoriasis de la onicomycosis es difícil para el dermatólogo y a veces imposible desde el punto de vista clínico, por lo que hay que realizar exámenes directos microscópicos y cultivos de hongos. Por tanto cuando la psoriasis asiente únicamente en las uñas el diagnóstico diferencial puede resultar muchas veces complicado. En estos casos un dato orientativo será la presencia de la típica "mancha de aceite" en el borde proximal que rodea la zona hiperqueratósica de la psoriasis o el pitting ungueal.

El pitting ungueal es la alteración más conocida y frecuente de la psoriasis ungueal y consiste en un piquetado que se manifiesta por depresio-

# 1º Seminário de Podologia Hair Brasil

29 março 2009 | Expo Center Norte - SÃO PAULO



Faça sua inscrição por internet: [www.hairbrasil.com](http://www.hairbrasil.com)

Realização

**HairBrasil**  
Profissional

Em cooperação com

 universidade  
**anhembi  
morumbi**  
Mundialmente criativa e inovadora.  
Laureada International Universities

Apoio institucional

 intercoiffure  
MONDIAL  
Paris - Tokyo - London - Roma  
New York - Seoul

 intercoiffure  
MONDIAL  
Paris - Tokyo - London - Roma  
New York - Seoul  
B R A S I L

nes y hoyuelos de pequeño tamaño, en torno a 1 mm de diámetro o menores, distribuidos irregularmente sobre la superficie de la uña. Representan el resultado de focos de paraqueratosis que se producen durante la formación de la uña y se desprenden a medida que esta crece, produciendo una pérdida de sustancia en las capas externas de la lámina ungueal.

Este mismo mecanismo puede producir depresiones de mayor tamaño o elconixis (proceso destructivo), erosiones irregulares y defectos de mayor profundidad. En ocasiones se acompaña de un moteado de la lúnula. Las depresiones pueden ser únicas o múltiples, siendo esto último lo más habitual y afectar a una o varias uñas.

Cuando son muy numerosos y dispersos por toda la superficie de la uña se utiliza el nombre de “uña en dedal”. En la psoriasis las depresiones pueden localizarse en la lúnula, lo que es infrecuente en otros procesos. La demostración de piquetado ungueal sin embargo no es siempre diagnóstica de psoriasis.

Deben considerarse otros diagnósticos diferenciales, principalmente la alopecia areata y el eccema. En la alopecia areata el piquetado que se observa es más fino y superficial, y puede agruparse en líneas, mientras que en los casos de eccema, la superficie ungueal es más rugosa y las depresiones y hoyuelos más toscos y de mayor tamaño. Las depresiones puntiformes ungueales se encuentran también en personas sanas (hasta en un 20%, de los individuos), como un hecho aislado o formando parte de un rasgo familiar, por lo que su observación como hallazgo único tiene escaso valor diagnóstico.

La “mancha de aceite” es debida a un depósito de material seroso dentro y debajo de la uña que produce una separación entre el lecho y la placa ungueal y se manifiesta clínicamente por una mancha amarillo-marronacea, generalmente en la zona media ungueal. Al progresar la lesión puede llegar a producirse onicolisis.

Otras alteraciones generalizadas de la psoriasis ungueal incluyen una fragilidad aumentada de la superficie, que puede manifestarse como traquioniquia (superficie rugosa y áspera de la uña). Puede producirse un desprendimiento lamelar en la superficie, parcheado, y generalmente en la zona proximal, denominado onicosquicia. La queratosis subungueal es también muy frecuente, pudiendo deformar la uña hacia arriba que

tiene como resultado final la onicolisis. La separación de la uña es más frecuente a partir del borde libre y parcial, pero también puede separarse en los bordes laterales y llegar a ser total.

Otras alteraciones descritas incluyen la formación de pústulas subungueales en la variante clínica de psoriasis pustulosa, la paroniquia o inflamación del tejido periungueal, las uñas cortas o braquioniquia, que comúnmente se asocia a la psoriasis artropática, surcos transversales y longitudinales, las hemorragias en astilla, y otras alteraciones menos específicas.

Por lo tanto la hiperqueratosis subungueal, onicolisis, leuconiquia, hemorragias en astilla, así como la distrofia que envuelve la totalidad de la uña, son hallazgos clínicos que pueden verse tanto en las onicomicosis como en la onicopatiasoriasica, siendo imposible de distinguirlas clínicamente.

A nivel histológico, la paraqueratosis con presencia de neutrofilos puede verse en ambas entidades.

En la psoriasis exclusivamente no deben observarse hifas ni esporas en las células cornificadas del lecho ungueal o de las porciones inferiores de la lámina, sin embargo, comúnmente las uñas del dedo gordo del pie afectas de psoriasis se asocian con hongos comensales que invaden secundariamente la uña, principalmente por *Cándida* y más raramente por dermatofitos.

El liquen plano es una enfermedad de la piel que suele afectar a las áreas flexoras, sobre todo antebrazos y muñecas, en forma de unas lesiones papulosas, poligonales, de coloración eritemato-violácea y pruriginosas, poco elevadas y de distribución simétrica. Las mucosas pueden afectarse también por el liquen plano siendo el reticulado blanquecino de la mucosa yugal (pared interna de las mejillas) la lesión más frecuente.

La localización del liquen plano en las uñas acontece en aproximadamente un 10% de los casos y suele traducirse clínicamente en un adelgazamiento de la lámina ungueal, acompañado con frecuencia de una acentuación de las líneas longitudinales.

Este último signo suele manifestarse en el contexto de un liquen plano generalizado, y suele ser de características transitorias, resolviéndose espontáneamente.

Puede apreciarse asimismo una onicoatrofia importante, con disminución del tamaño y el gro-

sor de la lámina, y en ocasiones, una detención total del crecimiento de la uña. Las lesiones en el lecho ungueal y el hiponiquio pueden causar además hiperqueratosis subungueal, coiloniquia y onicolisis. La mayoría de los casos de liquen plano ungueal cursan con lesiones en todas o varias uñas y se reconoce como una causa frecuente de la enfermedad de las veinte uñas.

La manifestación más específica y característica del liquen plano ungueal es el pterigiun dorsal. Consiste en una sínfisis o unión de la epidermis del repliegue ungueal con el lecho de la uña, que ocasiona una destrucción parcial de la misma. Este signo es prácticamente patognómico del liquen plano.

La melanoniquia en bandas longitudinales es otra manifestación ungueal frecuente en el liquen plano y como sucede con las pigmentaciones liquenoides cutáneas, puede ser muy persistente, incluso tras la remisión de otros tipos de lesiones activas.

Otras alteraciones descritas incluyen la traquioniquia, que presenta una superficie ungueal en papel de lija, la onicomadesis, la onicosquiza y la coiloniquia.

Es importante destacar que, al igual que en la psoriasis, en ocasiones las alteraciones ungueales del liquen plano aparecen sin otra evidencia mucocutánea de la enfermedad. Si la enfermedad afecta a los niños, lo cual es poco frecuente, las alteraciones ungueales acostumbran a ser mas pronunciadas.

Debido al carácter pruriginoso de esta enfermedad debe tenerse en cuenta la posible aparición de onicopatías secundarias al rascado.

La alopecia es una entidad dermatológica que se manifiesta por áreas de alopecia total o parcheada, que aparece en cabellos normales, sin otra enfermedad cutánea concomitante.

Clásicamente se ha asociado a alteraciones emocionales o a una situación de estrés previa.

Puede aparecer de forma generalizada afectando cualquier area de la piel pilosa, en cuyo caso se denomina alopecia areata universal.

Las alteraciones ungueales suelen acompañar o incluso preceder a la alopecia areata y consisten mayoritariamente en un piquetado fino y superficial con depresiones puntiformes y hoyuelos de mayor diámetro al que se observa en la psoriasis, a veces agrupados en líneas, suelen



# EL ESTETICISTA

[elesteticista@suavepie.com](mailto:elesteticista@suavepie.com)

				
Aductor Nocturno	Pedígrafo	Gel Polimérico	Arandelas y Parches	Moleskin
				
Alicates	Compensador Estadina	Cosmética Pédica	Soportes de Cuero	Descargas y Complementos

**Distribuidor en toda la Argentina de Suavepie-Juvelets...y mas de 300 articulos**  
**Para Comercio Exterior haga su consulta en [suavepie@suavepie.com](mailto:suavepie@suavepie.com)**

observarse también estriaciones longitudinales, leuconiquia o coloración pálido-amarillenta de la uña, así como traquioniquia.

Se describe un moteado en la lúnula, con maculas de color rosado que no se modifican por la presión y no se desplazan con el crecimiento de la uña. Puede aparecer, finalmente, un engrosamiento ungueal, y en último termino la onicolisis.

Los eccemas son enfermedades cutáneas muy frecuente observar los trastornos que provocan en las uñas son el eccema tópico o constitucional y en eccema dishidrotico.

La afectación de la matriz ungueal por lesiones eccematosas ocasiona onicopatias muy similares a las que produce la psoriasis por alteración de esta estructura anatómica. En este caso es mas constante la presencia de un eccema periungueal, a diferencia de la psoriasis, en la que muchas veces las anomalías de las uñas no se acompañan de lesiones clínicamente detectables en la región adyacente a la uña. Como consecuencia de las lesiones eccematosas en la matriz pueden aparecer anomalías dismórficas superficiales como la traquioniquia, estriaciones longitudinales o surcos transversales (líneas de

Beau), un piqueteado de características mas toscas que en la psoriasis, y disminución del crecimiento ungueal.

En el eccema de partes acras, periungueales o subungueal, se afectan las uñas correspondientes. La afectación periungueal puede dar lugar a paroniquia. Si se trata de una dermatitis de contacto puede producirse incluso una acumulación de sustancias sensibilizantes bajo la uña, comportando dermatitis subungueal y onicolisis. En estos casos de dermatitis por contacto se suma el efecto del eccema con las lesiones producidas sobre la lámina por las sustancias responsables.

Estas ultimas incluyen uñas blandas, frágiles y quebradizas (agua, acidos, álcalis, disolvente, etc), coiloniquia (disolventes), onicolisis (disolventes, álcalis, cosméticos que contienen formaldehido, depilatorios y quitaesmaltes), leuconiquia (cloruro sódico, nitrato sódico) y melanoniquia (acido, álcalis, aguarras, reveladores de fotografía). Algunos productos toxicos como la hidrazida del acido tioglicolico, utilizada para el ondulado del cabello, pueden producir atrofia y deformidad permanente de las uñas.

Las lesiones eccematosas en el lecho y sobre

Cadeira Máster para Podologia www.ferrante.com.br

Cód. 13935 M1

Cód. 1540

Cód. 17600

Cód. 15200

**Opcionais:**

- ▶ Suporte universal.
- ▶ Bandeja para instrumentos.
- ▶ Bandeja para residuos.
- ▶ Luminária com exaustor.

CADEIRAS GENNARO FERRANTE LTDA.  
Vendas: R. Independência, 661 - CEP 01524-001 - Cambucl - S. Paulo - SP  
Grande São Paulo: (11) 2063-7815 - Demais localidades: DDG 0800 11 7815  
Fax: (11) 2063-8580 - www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

**FERRANTE**  
Marca de profissionais desde 1928

todo en el borde libre ungueal pueden dar lugar a hiperqueratosis subungueal, onicosis, hemorragias en astilla y en casos crónicos, a una uña engorsada y de superficie ondulada. Los fenómenos exudativos propios del eccema pueden producir coloración amarillenta de la lámina ungueal.

Existen otras enfermedades dermatológicas menos frecuentes con potencial afectación de la uña que deben distinguirse también de las onicomiosis

### Enfermedad de Darier

La enfermedad de Darier es una enfermedad congénita de herencia autosómica dominante con penetración variable que se caracteriza por el desarrollo de pápulas queratósicas localizadas en zonas seboreicas, intertrigos y mucosas.

La lesión clínica distintiva es por tanto una pápula dura, costrosa, de color marrónáceo que por coalescencia forma placas verrugosas de localización preferente en áreas seboreicas, en pliegues puede adoptar un aspecto vegetante y maloliente, y en palmas y plantas, puede observarse queratosis puntiformes o "pits".

La afectación mucosa consiste en la formación de pápulas de coloración blanquecina y configuración "en empedrado". Las alteraciones ungueales raramente aparecen antes de la adolescencia.

Su aspecto clínico es casi patognómico de esta entidad y consiste en tres alteraciones características: A) bandas longitudinales amplias de color blanco, B) Bandas rojas translucidas y c) bandas en sándwich coexistiendo líneas longitudinales rojas y blancas con queratosis distal cuneiforme y una muesca distal en forma de V.

En ocasiones la hiperqueratosis subungueal puede ser muy marcada. También son características las pápulas queratósicas del repliegue subungueal.

Las uñas aparecen finas y triables, fisuradas, en ocasiones con leuconiquia. Son frecuentes las sobre infecciones secundarias.

### Pitiriasis rubra pilare

La pitiriasis rubra pilaris es una enfermedad papuloescamosa caracterizada por pápulas foliulares con tapones queratósicos, una eritrodermia generalizada que respeta algunas "islas" de piel sana, y un engrosamiento intenso de la piel palmoplantar. Su curso evolutivo es crónico y



## Feet Center Produtos 100% Gel Polímero

### Importador e Distribuidor Suavepie no Brasil

					
<b>Entrededos de Gel Puro</b>	<b>Tubos Recortáveis</b>	<b>Almofada Interfalângica</b>	<b>Almofada Metatarso Falângica</b>	<b>Anel com Gel</b>	<b>Separador Interdigital</b>
					
<b>Calcanheira de Gel</b>	<b>Anel Corretivo</b>	<b>Dedal de Gel Puro</b>	<b>Protetor de Joanetes</b>	<b>Atadura Metatarsal</b>	

**Feet Center - Importação, Exportação e Comércio.**  
**Email: - [feetcenter@hotmail.com](mailto:feetcenter@hotmail.com)**



# Mag Estética

*Beleza feita com Arte*

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

## Não tenha medo de mostrar seus pés

### Mag Pé

#### Aparelho para Podologia, Manicure e Pedicure

- Motor ultra-potente até 21.100 rpm: com regulagem para mãos e pés;
- Fonte bivolt com ajuste para rotações nos sentidos horário e anti-horário (facilita a retirada de cutículas);
- Acompanha brocas diamantadas e lixas;
- Aparelho anatômico do tipo caneta.



Tel.: (11) 2061-7763



Av. Paes de Barros, 3237 • Mooca • São Paulo • SP

[www.magestica.com.br](http://www.magestica.com.br)

resistente a muchos tratamientos.

En esta entidad existe un incremento con el crecimiento de las uñas y en ocasiones se produce hiperqueratosis subungueal, surcos o acanalamientos longitudinales o transversales, depresiones puntiformes, discromías de tonalidad gris marronácea, hemorragias subungueales, onicolisis y onicomadesis. Se describe característicamente una hiperplasia epitelial del tejido subungueal, que conduce a un engrosamiento de la uña.

### Enfermedades ampollas

Las enfermedades ampollas de la piel abarcan una amplia diversidad de entidades, caracterizadas clínicamente por la formación de ampollas a diferentes niveles de la estructura epidérmica, son procesos ampollas que afectan al aparato ungueal, en especial aquellos que causan fenómenos cicatrizales, pueden producir piqueteado, surcos o estriaciones (preferentemente transversales), onicomadesis, onicolisis distal o lateral, hiperqueratosis subungueal, onicocaxis, hemorragias subungueales, coloración amarillenta de la lámina, melanoniquia, leuconiquia, pterigium dorsal, atrofia y a veces pérdida definitiva de la uña. Muchas de estas anomalías ungueales son debidas a la formación de ampollas pero o subungueales.

Es frecuente también que las lesiones vesículo-ampollas y las erosiones que originan sirvan de puerta de entrada para infecciones víricas, bacterianas y micóticas. En algunos paciente la des-

trucción del reborde ungueal causa paroniquias inflamatorias crónicas y uñas encarnadas, sin que se demuestre sobreinfección.

En este apartado deben considerarse entre otros, el pénfigo, el penfigoide, el penfigoide cicatrizal, la dermatitis herpetiforme, la enfermedad ampollas IgA lineal, el herpes gestationis, el síndrome de Stevens-Johnson, la necrólisis epidérmica toxica y la epidermolisis ampollas adquirida.

### Porfirias

Las porfirias son enfermedades causadas por alteraciones congénitas en las enzimas implicadas en el metabolismo de las porfirinas. La mayor parte cursa con alteraciones de la piel.

La porfiria cutánea tarda cursa con fragilidad cutánea, fotosensibilidad, hipertrichosis y formación de vesículas en las áreas fotoexpuestas sometidas a traumatismos. Es un signo clásico en esta enfermedad la aparición de ampollas subungueales de contenido serohemático. Suele producirse una coiloniquia. Mas raramente se puede encontrar melanoniquia difusa o en bandas longitudinales y desaparición de las lúnulas. En las porfirias eritropoyéticas las uñas aparecen opacas, grisáceas, y a menudo sin lúnula. En la porfiria eritropoyética congénita se describe una repercusión ungueal muy importante, que da lugar a mutilaciones. α

*Estraido del libro "Onicomycose" del prof. Lluís Puig Sanz, Edika Med Barcelona (España)*

[www.revistapodologia.com](http://www.revistapodologia.com)

Desde 1997 en internet informando a los profesionales de la salud y la estética del pie.

Desde 1997 na internet informando os profissionais da saúde e a estética do pé.

Productos, Guia de Empresas, Guia de Profesionales, Guia de Eventos, Guia de Instituciones, Donde Estudiar: cursos ... y mucho mas !!!

Visite nuestro Shop virtual  
[www.shop.revistapodologia.com](http://www.shop.revistapodologia.com)

# MICROMOTOR MF 2.000 Plus

Prático, ágil e versátil.  
Acompanha maleta.  
Peso total: 1,4kg

## Massageador

Específico para o MF 2.000 Plus (Opcional)

Anatômico,  
extremamente leve  
e silencioso.  
Possui controle de  
potência de vibração,  
tornando-o adequado para  
todo tipo de utilização.  
Lançamento exclusivo Metalúrgica Freitas,  
sem similar de mercado!

**1 ano  
de garantia!**  
ASSISTÊNCIA TÉCNICA  
EM TODO TERRITÓRIO  
NACIONAL

Micromotor  
e Suporte

Caixa  
Controladora

0 a 30.000 RPM Bivolt  
Rotação direita e esquerda  
Dimensões: 130x105x90mm  
(Compr x Larg x Alt)

Permite acoplar o Micromotor e  
o Massageador simultaneamente.

## Motores de Suspensão

MF-40  
110 ou 220v  
0 a 18.000 RPM



M-40  
110 ou 220v  
0 a 12.000 RPM



## Peças de Mão

Para uso com motores de suspensão

Caneta  
Flexível  
Automática



Caneta Fixa Automática.  
De uso contínuo,  
intermitente,  
leve e fácil de  
manipular.

## Aplicações

Podologia



Manicure



Prótese



Estética



Veterinária



Dermatologia



Ótica



Ferramentaria



CONSULTE-NOS SOBRE EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS DO NOSSO CATÁLOGO PARA PROFISSIONAIS DE DIVERSAS ÁREAS DE ATUAÇÃO



Center Freitas: (11) 3672-2469

Rua Coriolano, 1438 - Lapa - CEP: 05047-001 - São Paulo - SP  
www.metalurgicafreitas.com.br • mfreitas@mfreitas.com.br

# Que es Marketing.

Lic. Alicia León. Argentina.

Durante mucho tiempo el término Marketing ha sido asociado a las actividades de publicidad, promoción, diseño de producto, técnicas de venta, etc.

Algunos autores lo definieron como un conjunto de técnicas para satisfacer las necesidades de venta de las empresas.

Hoy por el contrario, el Marketing se concibe como una técnica cuyo propósito esencial es:

**"Satisfacer las necesidades y deseos de los consumidores y al mismo tiempo generar rentabilidad para la empresa."**

Por eso, todas las decisiones y actividades del Marketing deben estar dirigidas hacia el cliente que comprará nuestro servicio.

En consecuencia el Marketing debe analizar:

- Lo que quiere el cliente
- Cuándo lo quiere
- Donde lo quiere
- Cómo quiere comprarlo
- Quién realmente quiere comprarlo
- Cuánto quiere comprar y cuánto está dispuesto a pagar.
- Por qué quiere comprarlo.

## MARKETING EFICAZ

Tres son las condiciones básicas para alcanzar el éxito en cualquier actividad que quisiéramos desarrollar:

a) Un servicio orientado hacia las necesidades del consumidor.

b) Una dirección de Marketing con suficiente capacidad y eficiencia para poner el servicio en contacto con el cliente, al mismo tiempo que se lo convence de las cualidades y beneficios del servicio que ofrecemos.

c) Elaborar un Plan de Marketing donde se determinen:

- Estrategias a seguir
- Programas de acción
- Objetivos perseguidos.

Recuerden que el Marketing está dirigido hacia el cliente final, no hacia lo que ustedes ofrecen.

Tengan también presente que el Marketing es algo que todos hacemos diariamente.

Todos nos ganamos la vida vendiendo algo: producto, imagen, status, confianza, idoneidad, etc. Por lo tanto, tenemos que capacitarnos para encontrar las herramientas más adecuadas para hacer rentable nuestra profesión.

La capacitación nos permite vender y vendernos mejor. Debemos preocuparnos para que el cliente consuma lo máximo que le ofrecemos, pero para ello es fundamental que con nuestro servicio hayamos satisfecho sus necesidades.

No debemos olvidarnos que una necesidad insatisfecha, generará nuevos deseos de parte del consumidor, hasta lograr satisfacerlos. Si no lo hacemos nosotros, otros se ocuparán, y de esta forma, lo único que lograremos es dejar a la competencia espacios vacíos que nosotros no fuimos capaces de llenar.

Si procedemos de esta forma, no estaremos cumpliendo nuestro objetivo, y en vez de estar haciendo nuestro negocio, estaremos haciendo el negocio para nuestros competidores.

- El poder está en el consumidor
- El profesional dejó de ser estrella, la estrella es ahora el paciente.
- Ejercer la podología en forma competitiva, consiste en transformar un paciente ansioso en un paciente satisfecho.

Esto es de vital importancia, dado que el paciente permanecerá fiel, cautivo hacia aquél que le haya permitido alcanzar el nivel de satisfacción que estaba buscando, siempre y cuando ese nivel de satisfacción le siga perdurando a través del tiempo.

En Marketing debemos saber quienes somos, donde queremos llegar y de qué manera.

Es muy importante saber quienes somos, pero mucho, muchísimo más importante, es saber cómo nos ve el paciente (imagen del consumidor), a partir de ello comienza a tener mucha importancia nuestra imagen.

Una vez construida la "imagen" el cambio de la misma se hace difícil, y hasta puede ser un camino sin retorno.

A través del Marketing podemos construir una imagen correcta, reforzando nuestros aspectos más salientes. No olvidemos que nuestra imagen no es la que tenemos en nuestra mente, sino la que está en la mente del consumidor.

La imagen nos posiciona en lugares estratégicos, diferenciándonos del resto.

La diferenciación, construida sobre bases sólidas, es lo que nos dará en la mente del paciente características de "Únicos" y "Necesarios" y casi "irreemplazables".

¿Se puede ejercer la podología en un nivel de excelencia a pesar de las trabas y los problemas económicos?

Uno puede ejercer la podología con un nivel de excelencia si tomamos nivel de excelencia como el mejor nivel posible que nos permita desarrollar el país en que vivimos, la tecnología con que contamos y el lugar en donde la realizamos, además de la capacitación profesional.

Tenemos la obligación de hacer la mejor podología posible con nuestros recursos.

El profesional debe ejercer la profesión con vocación y debe comprender que el paciente-cliente, es una unidad psicofísica, es decir que no solamente le somos útiles atendiendo las razones físicas que motivaron su consulta, sino también las inquietudes internas.

La oportunidad es el motor del cambio. Nada ocurre fuera de ella.

Calidad, Servicio y Personalización son campos de oportunidades.

***El futuro tiene muchos nombres.  
Para los débiles es lo inalcanzable,  
para los temerosos lo incierto,  
y para los valientes  
la oportunidad. V. H. ⌘***



# DEL' PÉ

## PRODUTOS PARA PODOLOGIA

**"UMA NOVA FILOSOFIA DE LOJA"**

**Atendimento personalizado é nossa meta.**

**Sua satisfação é nossa prioridade!**

**Motores – luminárias - estufas**

**Autoclaves - alta frequência**

**Bisturis - brocas - alicates**

**Descartáveis - lixas – fresas**

**MUITO MAIS... E TUDO MAIS.**



Rua Marconi, 94 – 10º andar Conj. 1012/1013

Centro – São Paulo – CEP 01047-000

TEL/FAX (11) 3129-9598 - [www.delpo.com.br](http://www.delpo.com.br) – [delpo@delpo.com.br](mailto:delpo@delpo.com.br)

**Despachamos p/**

**todo território nacional**

## Variantes del Dedo en Martillo.

Podologa Mariel Adriana Vazquez. Argentina.

Cuando recibimos en nuestro consultorio a un paciente cuyo motivo de consulta es un dolor muy vivo en el dorso de la articulación interfalángica proximal de uno o varios dedos del pie, observamos que se trata de un heloma duro, acompañado muchas veces por un higroma, que se manifiesta como consecuencia de una deformación reductible o no de dicho dedo.

Nuestro trabajo no se limita a aliviar el dolor, eliminando el heloma, sino, por el contrario, averiguar la causa de la producción del mismo para evitar recidivas.

Muchas veces, nos resulta confuso determinar con qué tipo de patología nos estarnos enfrentando, ya que muchos autores utilizan los términos "en martillo", "en maza" o "en garra" en forma intercambiable.

Viladot Pericé se refiere al dedo "en martillo", y lo define con la siguiente característica: hiperextensión de la articulación metatarso-falángica. Flexión de la articulación interfalángica proximal.

La articulación interfalángica distal puede adquirir distintas posiciones, dando lugar a variedades como dedo en garra, en maza, etc., es decir, que toma como entidad clínica al dedo en martillo, y el resto como variedad de la misma.

### ¿CUÁLES SON LAS DIFERENCIAS?

#### DEDO EN MARTILLO

Se caracteriza por una flexión de la articulación interfalángica proximal.

Posición de las falanges: 1ª extendida o neutra; 2ª flexionada; 3ª extendida.

¿Qué determina la posición en extensión o neutra de la 1ª falange?

Si la contractura en flexión en la articulación interfalángica proximal es severa y de largo tiempo de evolución, la articulación metatarso-falángica estará deformada en dirección opuesta, es decir, en extensión.

#### DEDO EN GARRA

Existe hiperextensión de la articulación metatarso-falángica y flexión de ambas articulaciones interfalángicas. Posición de las falanges: 1ª extendida; 2ª y 3ª flexionadas.



#### DEDO EN MAZA

Existe compromiso a nivel de la articulación interfalángica distal.

Posición de las falanges: 1ª y 2ª neutras o extendidas; 3ª flexionada sobre la 2ª.

Ahora bien, sabiendo las características de cada una de estas deformaciones, nos queda por averiguar cuál es su etiología y fisiopatología, para elegir un buen régimen terapéutico.

Por ser la patología más común, se tomará como ejemplo al dedo en martillo.

El calzado inadecuado (corto, de punta estrecha, taco alto), desempeña el papel más importante en el desarrollo de esta patología.



# Mag Estética

*Beleza feita com Arte*

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

## Pioneira em Micropigmentação no Brasil



### Cursos de maquiagem definitiva

Torne-se um micropigmentador de sucesso com a Mag Estética

#### Curso Básico

Único no país que inclui o ensino de laserterapia, que acelera os processos de cicatrização e fixação de pigmentos.

#### Curso de aperfeiçoamento - 1

Aprenda técnicas especiais de pigmentação de sobrancelhas, olhos, lábios e conheça modernas técnicas de camuflagem e correção de assimetrias.

#### Curso de aperfeiçoamento - 2

Nessa etapa, aprenda a camuflar diferentes tipos de cicatrizes, manchas de vitiligo e a reconstruir o complexo aréolo-mamilar pós-cirurgias.

## Os melhores cursos de estética e beleza estão aqui

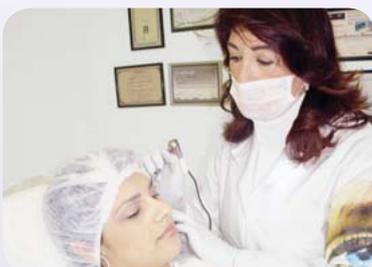
### Cursos Livres



- Estética Facial (Básico);
- Estética Corporal (Básico);
- Reflexologia Podal;
- Manicure e Pedicure;
- Unhas de Porcelana;
- Pedicuro Calista;
- Aperfeiçoamento em Pedicuro Calista.

**Inscrições  
Abertas**

### Cursos Técnicos 2009



**Esteticista 1.200 Horas**

**Podologia 1.200 Horas**

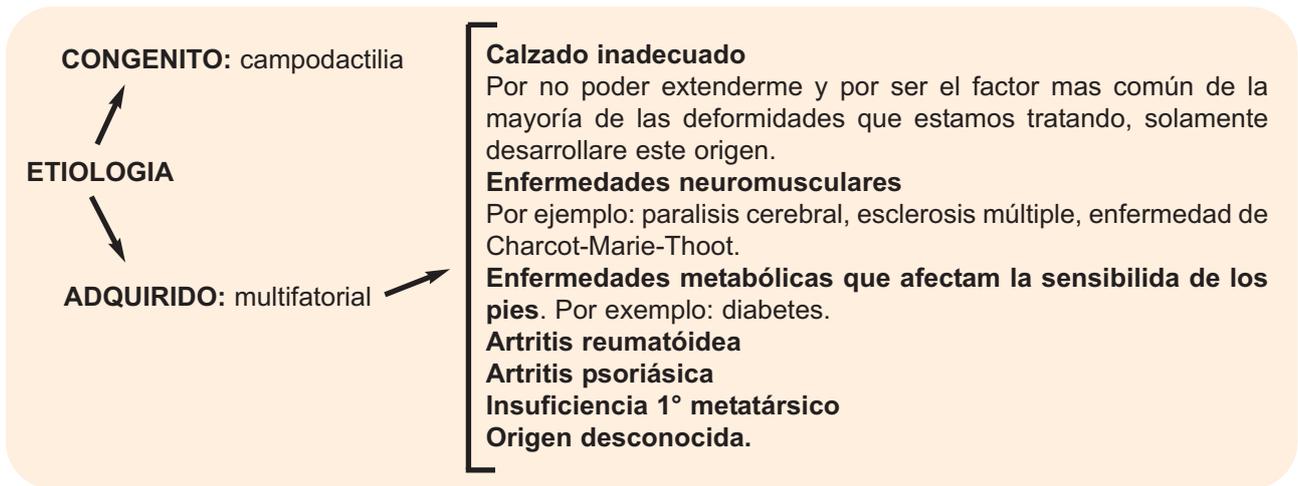
Os cursos técnicos são uma ótima opção para quem deseja adquirir conhecimento do básico ao avançado com um único curso.



Av. Paes de Barros, 3237 • Mooca • São Paulo • SP

Tel.: (11) 2061-7763

[www.magestetica.com.br](http://www.magestetica.com.br)



Pero, ¿de qué manera incide?

Los dedos, para adaptarse a un calzado de punta estrecha, necesariamente deben incurvarse.

Este zapato restringe los movimientos normales de las articulaciones e impide la acción de los músculos intrínsecos del pie.

En la marcha normal del pie calzado, caminando por un piso liso, existe un desequilibrio entre la extensión y flexión de los dedos.

Los músculos extensores actúan durante toda la fase oscilante del paso impidiendo la caída del antepié. Los músculos flexores actúan en el momento de despegue del pie del suelo en la fase final de la marcha.

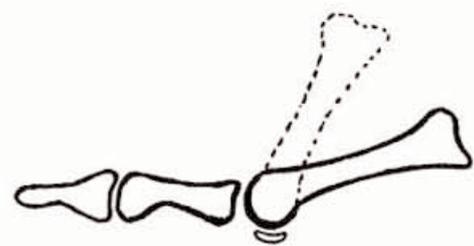
Es en ese momento que el dedo se encoge sobre sí mismo y presiona fuertemente el pulpejo en el suelo.

En un pie calzado nunca ocurre el movimiento de flexión plantar de la articulación metatarso-falángica, muchas veces, por la acción de la suela del zapato; la falta de este movimiento hace que los músculos interóseos y lumbricales (flexores de la artic. metatarso-falángica y extensores de las últimas falanges), pierden su función, quedando los dedos condicionados a la acción de los flexores y extensores.

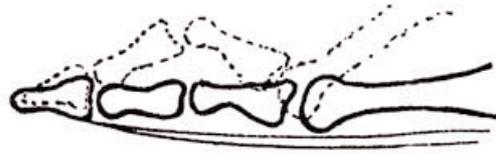
Durante la marcha, existe un movimiento de presión del metatarsiano sobre la falange. Los cuatro últimos metatarsianos no poseen sesamoideos como el hallux, facilitando su deslizamiento sin desplazarse.

Por el contrario, cuando apoyan en el suelo, al girar se desplazan comprimiendo los dedos que, al quedar tensos por los tendones, hacen que los mismos se apilotonen, al tiempo que chocan con la puntera del zapato.

El taco alto agrava la deformidad, ya que obli-



Deslizamiento del 1er metatarsiano sobre el hallux



Deslizamiento del resto de los metatarsiano



Posición que adoptan los dedos dentro del calzado normal y dentro del calzado inadecuado.

ga a una perpetua hiperextensión de la falange y del metatarsiano.

Para facilitar el entendimiento del desarrollo del dedo en martillo, y al mencionar a algunos músculos que intervienen en su producción, vale recordar cuáles son aquellos que movilizan los dedos medios, a saber:

Movimientos de los dedos: extensión, flexión, lateralidad.

### EXTENSIÓN

Extensor común; extensor corto o pedio.

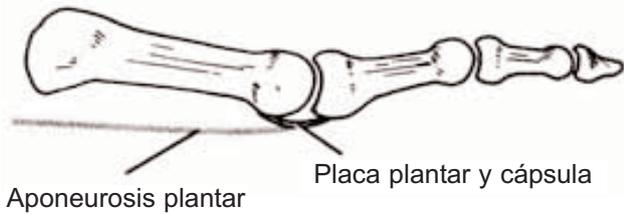


Diagrama que muestra la placa plantar y la cápsula de las articulaciones metatarsofalángicas que es lo suficientemente elástica como para llevar dicha articulación de nuevo a su posición neutra, después de haberse dorsiflexionado en el momento en que el pie se despega del suelo durante la marcha.

### Extensor común (músc. extrínseco)

Ejerce una acción potente sólo sobre la 1ª falange de los cuatro últimos dedos.

-Lengüeta media: se inserta en la base de la falange media.

-Lengüetas laterales (2): pasan por el dorso de la falange media y se inserta en la base de la falange distal.

Este músculo no se inserta dorsalmente en la falange proximal.

¿Cómo es mantenido en posición central dorsal sobre esta falange? Es mantenido por un cabestrillo (sostén) aponeurótico que fija el extensor en la cara plantar de la articulación metatarso-falángica.

### Extensor corto o pedio (músc. Intrínseco)

Sus tendones se reúnen en el borde externo de los extensores del 2º, 3º y 4º dedo; el primero se fija en la base de la 1ª falange del hallux.

Es un vigoroso extensor de los cuatro primeros dedos. Extiende la 1ª falange.

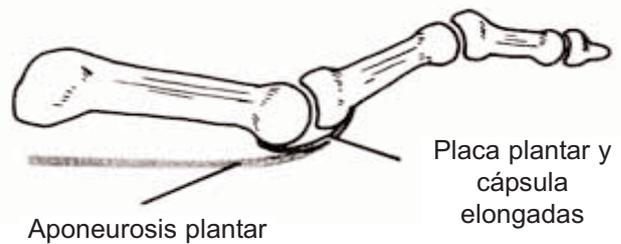


Diagrama que ilustra los efectos de la elongación de la placa plantar y de la cápsula. Como resultado de ciertos estados patológicos, esta estructura capsular deja de ser lo suficientemente viable como para que la articulación recupere su posición neutra después de que el pie se separa del piso durante la marcha.

### FLEXIÓN

Flexor común de los dedos. Accesorio del flexor largo-. es auxiliar del F. Común. (cuadrado carnoso de Silvio). Flexor corto plantar.

### Flexor común de los dedos (músculo extrínseco)

Flexiona los cuatro últimos dedos. Flexiona vigorosamente la 3ª falange, luego la 2ª y, débilmente, la 1ª.

Se inserta en la base de la 3ª falange de los cuatro últimos dedos.

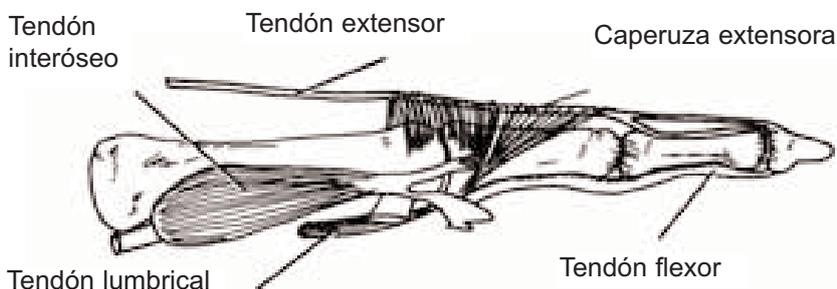
### Flexor corto plantar (músculo intrínseco)

Flexiona con fuerza la 2ª falange, más débilmente la 1ª. Termina en la 2ª falange de los cuatro últimos dedos.

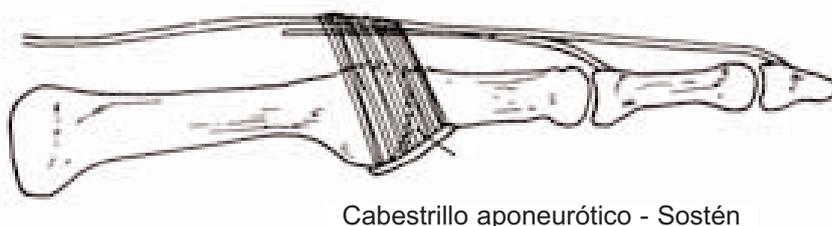
Está perforado por el Flexor Largo.

### INTERÓSEOS

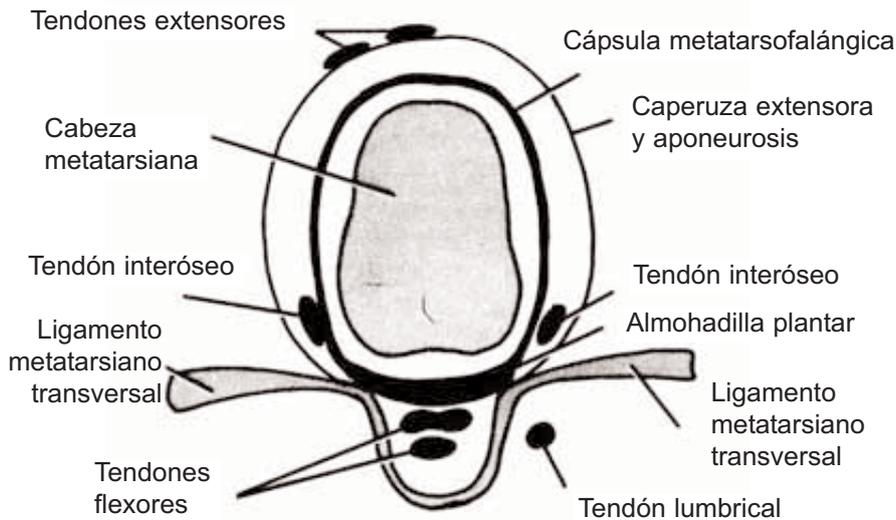
Cuatro dorsales (de dentro hacia afuera); tres plantares (de dentro hacia afuera).



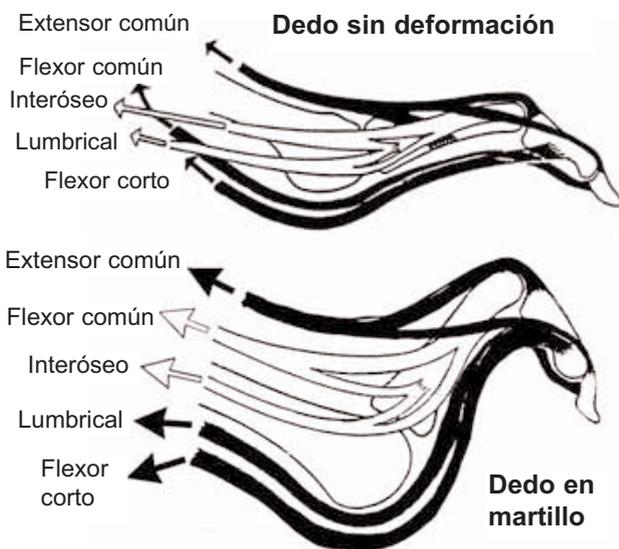
Aspecto de perfil de un dedo menor en donde se observa que ambos tendones de los músculos intrínsecos pasan plantarmente al eje de movimiento de la articulación metatarsofalángica flexionándola y dorsalmente al eje de movimiento de las articulaciones interfalángicas proximal y distal, extendiéndolas. El lumbrical no se inserta en el hueso, sino en la caperuza extensora y, como tal, es el extensor más fuerte de las articulaciones interfalángicas (modificado de S.K. Sarrafian: Anatomy of the foot and ankle, Filadelfia, 1983, J. B. Lippincott Co.).



Cabestrillo aponeurótico - Sostén



Corte transversal a través de la cabeza metatarsiana de un dedo menor, donde se muestran las estructuras que pasan a través de esta región. Obsérvese que los tendones interóseos tienen una ubicación dorsal respecto al ligamento metatarsiano transversal, mientras que el lumbrical ocupa una posición plantar. (Modificado de S.K. Sarrafian: *Anatomy of the foot and ankle. Filadelfia, 1983, J.B. Lippincott Co.*).



*Terminaciones tendinosas de los dedos medios. Obsérvese la diferencia entre la ubicación de los músculos en un dedo sin deformación en martillo y otro con la fijación del mismo.*

**Acción:** flexionan la 1ª falange. Extiende la 2ª y 3ª falange muy débilmente, ya que llegan sólo pocas fibras al cabestrillo extensor.

**Lateralidad:** los dorsales separan los dedos, los plantaras juntan los dedos.

**Inserción:** plantaras: en la base de la 1ª falange del 3/4/5º dedo, dorsales en el tendón del extensor común de los cuatro últimos dedos.

## LUMBRICALES

Son cuatro (de adentro hacia afuera).

**Acción:** flexionan la 1ª falange. Extienden la 2ª

y 3ª fuertemente debido a que todas sus fibras terminan en el cabestrillo extensor.

**Inserción:** en la 1ª falange en el extensor común de los dedos.

Tanto los interóseos como los lumbricales son antagonistas de los extensores, equilibran al extensor común. Sin ellos, la 3ª falange apoyaría en el suelo.

Su parálisis determina la garra de los dedos.

Es importante saber también que, ante una hiperextensión de la artic. metatarso-falángica, el estabilizador más importante es la almohadilla plantar: cápsula articular más aponeurosis.

Conociendo la acción de los músculos, nos queda por conocer ¿cuál es la clave de producción del dedo martillo?

La hiperextensión de la falange proximal es definitivamente la clave de producción de la mayoría de los casos de esta deformidad.

¿Qué factor contribuye a mantener la articulación metatarso-falángica en hiperextensión?

El principal factor es el uso prolongado de un calzado elevado de punta estrecha y corto.

## CALZADO INADECUADO

Los metatarsianos apoyan y se desplazan comprimiendo las falanges, las que se repliegan.

La falange proximal se hiperextiende y es mantenida en esta posición durante la totalidad del ciclo de la marcha.

Las estructuras plantaras (almohadilla plantar), gradualmente pierde su eficacia, quedando la falange proximal crónicamente en dorsiflexión.

El tendón del extensor común pierde su acción extensora sobre la 2ª y 3ª falange, permitiendo que migren en flexión ya que la posición de éstas quedan condicionadas a la posición adoptada por la 1ª falange.

Sólo actúa extendiendo la falange media y distal cuando la posición de la 1ª falange es neutra o flexionada.

La falange proximal extendida provoca que los flexores intrínsecos tengan mayor tensión e incrementan la deformidad en flexión de las articulaciones interfalángicas.

Las fuerzas que se oponen a la flexión son las ejercidas por los músculos interóseos y lumbricales, pero la acción de éstos es superada por la acción del flexor largo.

Recordemos que la musculatura extrínseca supera a la intrínseca, por diferencia de fuerzas.

Los músculos lumbricales e interóseos son insuficientes, provocando la deformidad en martillo.

Sabemos que el dedo en martillo puede ser una deformidad flexible o rígida, es decir, que se puede corregir pasivamente o no, pero, ¿cómo se produce esa rigidez?

La deformación queda fija por la luxación dorsal de los interóseos por encima del eje de movimiento de la articulación metatarso-falángica.

Las dos últimas falanges se sitúan en flexión por acortamiento relativo de los flexores, quedando fija la deformidad cuando la articulación interfalángica proximal se luxa entre las cintillas laterales del tendón extensor. ▢

*Bibliografía:*

*Cirugía ortopédica, Campbell.*

*Patología del pie, Jean Lelievre.*

*Cirugía del pie, Mann Duvries 1 Inman.*

*Quince lecciones sobre patología del pie,*

*A. Viladot y colaboradores.*

*Patología del antepié, A. Viladot Perice.*



# PODOLOGÍA BANEGAS



Instituto Podológico Argentino  
Investigación, Desarrollo y Docencia.

Director Podólogo  
Carlos Alberto Banegas

**NUEVO CENTRO DE ENSEÑANZA  
CON IMPORTANTE SALÓN DE VENTAS**

**CURSOS ACTUALIZADOS - TÉCNICAS EXCLUSIVAS**

## CURSOS

### Terapeutica Podológica

*Duración: 8 clases (1 vez por semana)*

- Iniciación permanente
- Disertación con videos.
- Diagnóstico y prevención.
  - Onicocriptosis.
  - Acriliterapia general.
- Tratamientos en general.
  - Onicomiosis: tratamiento estético con **Poltac**.
- Manejo de instrumental.

### Podologia Diabetológica

*Duración: 8 clases (1 vez por semana)*

- Iniciación permanente
  - Disertación con videos.
- Es un programa para comenzar a formar a los podólogos como futuros educadores diabetológicos y despertar en ellos la motivación a la investigación y conocimiento permanente sobre esta patología tan importante. Los podólogos podemos especializarnos en la atención del pie del paciente diabético, en detectar, prevenir y derivar a tiempo.

### Pododiagnostico Presuntivo

*Duración: 8 clases (1 vez por semana)*

- Iniciación permanente
  - Disertación con videos.
- Como abordar la detección temprana de los 12 estadios patológicos más importantes a través de las manifestaciones en los pies. Saber reconocer cuando las uñas tienen impresas las alteraciones que sufre el cuerpo.



**Elaboración de ortesis plantares**



### NUEVO CURSO

**Título de Asistente Podológico** - Inicio: Abril  
- Duración 7 meses - Vacantes limitadas.

### SEMINARIOS

**El podólogo como educador de la salud.**  
- REIKI.

**INPOAR - Instituto Podológico Argentino**

Investigación, Desarrollo y Docencia.

Av. Rivadavia 6380 - 1° Piso - Buenos Aires - Argentina - Horario: 10 a 20 hs.

Tel: #54 11- 4631-2044 - Email: [inpoar@gmail.com](mailto:inpoar@gmail.com) - [inpoar@hotmail.com](mailto:inpoar@hotmail.com)

# Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



Autor: **Podólogo Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez**

Temos a satisfação de colocar em suas mãos o primeiro livro traduzido para o português deste importante e reconhecido profissional espanhol, e colaborar desta forma com o avanço da podologia que é a arte de cuidar da saúde e da estética dos pés exercida pelo podólogo.

- Podólogo Diplomado em Podologia pela Universidade Complutense de Madri.
- Doutor em Medicina Podiátrica (U.S.A.)
- Podólogo Esportivo da Real Federação Espanhola de Futebol e de mais nove federações nacionais, vinte clubes, associações e escolas esportivas.
- Podólogo colaborador da NBA (liga nacional de basquete de USA).

Autor dos livros:

- Podologia Esportiva - Historia clínica, exploração e características do calçado esportivo - Podologia Esportiva no Futebol
- Exostoses gerais e calcâneo patológico - Podologia Esportiva no Futebol.

Professor de Cursos de Doutorado para Licenciados em Medicina e Cirurgia, Cursos de aperfeiçoamento em Podologia, Aulas de prática do sexto curso dos Alunos de Medicina da Universidade Complutense de Madrid e da Aula Educativa da Unidade de Educação para a Saúde do Serviço de Medicina Preventiva do Hospital Clínico San Carlos de Madri. Assistente, participante e palestrante em cursos, seminários, simpósios, jornadas, congressos e conferências sobre temas de Podologia.

## Índice

### Introdução - Lesões do pé

- Biomecânica do pé e do tornozelo.
- Natureza das lesões.
- Causa que ocasionam as lesões.
- Calçado esportivo.
- Fatores biomecânicos.

### Capítulo 1

- Explorações específicas.
- Dessimetrias. - Formação digital.
- Formação metatarsal.

### Capítulo 2

- Exploração dermatológica.
- Lesões dermatológicas.
- Feridas. - Infecção por fungos.
- Infecção por vírus (papilomas).
- Bolhas e flictenas. - Queimaduras.
- Calos e calosidades.

### Capítulo 3

- Exploração articular.
- Lesões articulares.
- Artropatias. - Cistos sinoviais.
- Sinovite. - Gota.
- Entorses do tornozelo.

### Capítulo 4

- Exploração muscular, ligamentosa e tendinosa.
- Breve recordação dos músculos do pé.
- Lesões dos músculos, ligamentos e tendões.
- Tendinite do Aquiles.
- Tendinite do Tibial. - Fasceite plantar.
- Lesões musculares mais comuns.
- Câimbra. - Contratura. - Alongamento.
- Ruptura fibrilar. - Ruptura muscular.
- Contusões e rupturas.
- Ruptura parcial do tendão de Aquiles.
- Ruptura total do tendão de Aquiles.

### Capítulo 5

- Exploração vascular, arterial e venosa.
- Exploração. Métodos de laboratório.
- Lesões vasculares.
- Insuficiência arterial periférica.
- Obstruções. - Insuficiência venosa.
- Síndrome pós-flebítico.
- Trombo embolismo pulmonar.
- Úlceras das extremidades inferiores.
- Úlceras arteriais. - Úlceras venosas.
- Varizes. - Tromboflebite.

### Capítulo 6

- Exploração neurológica.
- Lesões neurológicas.
- Neuroma de Morton. - Ciática.

### Capítulo 7

- Exploração dos dedos e das unhas.
- Lesões dos dedos.
- Lesões das unhas.

### Capítulo 8

- Exploração da dor.
- Lesões dolorosas do pé.
- Metatarsalgia.
- Talalgia. - Bursite.

### Capítulo 9

- Exploração óssea.
- Lesões ósseas.
- Fraturas em geral.
- Fratura dos dedos do pé.
- Fratura dos metatarsianos.

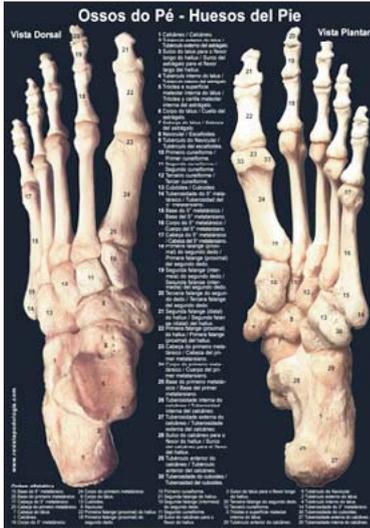
### Capítulo 10

- Explorações complementares
- Podoscópio. - Fotopodograma.
- Pé plano. - Pé cavo.

**Vendas: Shop virtual: [www.shop.revistapodologia.com](http://www.shop.revistapodologia.com)**  
[revista@revistapodologia.com](mailto:revista@revistapodologia.com) - [www.revistapodologia.com](http://www.revistapodologia.com)

# POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁCTICOS

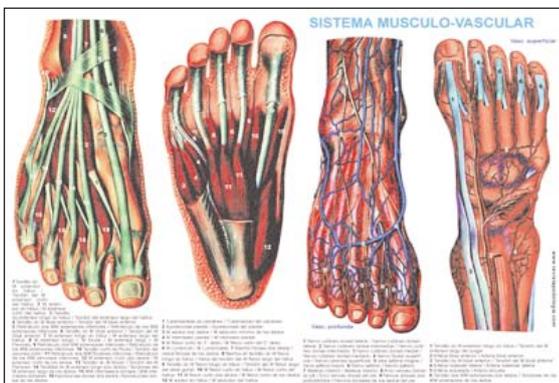
40 x 30 cm



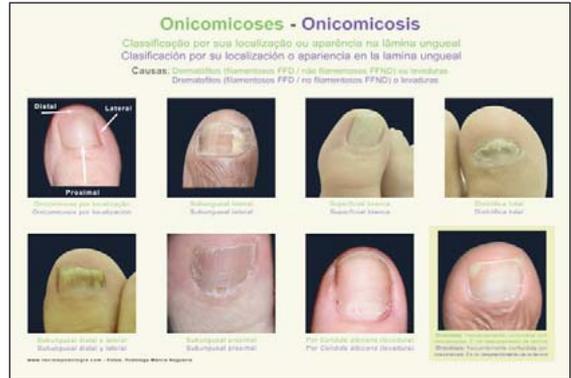
ESQUELETO DEL PIE 1  
ESQUELETO DO PÉ 1



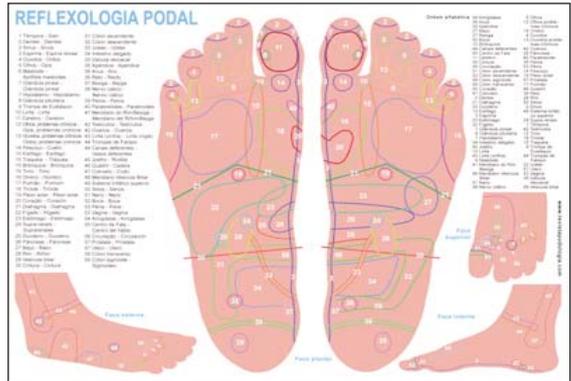
ESQUELETO DEL PIE 2  
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR  
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICÓSI - ONICOMICÓSES



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES  
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS  
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS