

# revistapodologia .com

Nº 47 - Diciembre 2012



**Revista Digital de Podología**

*Gratuita - Em español*

**La calidad de los productos Ferrante tiene  
el reconocimiento del profesional  
brasileño hace mas de 80 años.**



Taburete  
Cód. 15201



Lámpara  
Cód. 17201



Estufa  
Cód. 17600



Sillón Master  
Cód. 13945

Sillón Master  
Cód. 13945 M1  
Opcionales:  
- bandeja para residuos  
- lámpara con extractor  
- bandeja para instrumental  
- soporte universal

Armário  
Cód. 15401

Tel/Fax: #55 - 11 - 2219-6570 - Brasil  
Rua Independência 661 - Cambuci - São Paulo - SP - Cep 01524-001  
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br



**FERRANTE**  
84 años valorizando el profesional

# revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 47  
Diciembre 2012

**Director Geral**

Sr. Alberto Grillo  
revista@revistapodologia.com

**Director Científico**

Podologo Israel de Toledo  
israel@revistapodologia.com

**Marketing y Ventas**

Alberto J. Grillo  
alberto@revistapodologia.com

## INDICE

Pag.

- 5 - Cirugía MIS del Hallux Valgus.  
*Podólogos Eduardo Nieto García, Leonor Ramírez Andrés e Elena Nieto González.*  
**España.**
- 18 - Reflexología Podal en Argentina.  
*Prof. Cristina Mónica Capecchi. Argentina.*
- 21 - Actuación Podologica Delante de un Caso con Resgo de Amputación.  
*Podologa Isabel Bertinat. Argentina.*
- 26 - PodoNews Revistapodologia.com.
- 27 - PodoNews Revistapodologia.com.

**Humor**

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 29.

**Revistapodologia.com**  
**Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.**  
Tel: #55 19 3365-1586 - Campinas - São Paulo - Brasil.  
www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

*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 con tenido en esta revista, salvo mediante autorización escrita de la Editorial. Todos los derechos reservados.*



5º

# CONGRESSO Brasileiro de PODOLOGIA HairBrasil

7 de abril 2013

Expo Center Norte  
São Paulo

**Conheça os novos procedimentos e protocolos  
profissionais DO SETOR DE PODOLOGIA**

Faça sua inscrição antecipada pelo site da Hair Brasil  
e garanta **desconto promocional**.

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

Realização

**HairBrasil**  
Profissional

**ABIHPEC**  
Associação Brasileira da Indústria de  
Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos

Apoio Institucional

  
**intercoiffure**  
MONDIAL  
PARIS-TOKIO-LONDON-ROMA  
NEW YORK-BERLIN

  
**intercoiffure**  
MONDIAL  
PARIS-TOKIO-LONDON-ROMA  
NEW YORK-BERLIN  
B R A S I L

# Cirugía MIS del Hallux Valgus

Podólogos Eduardo Nieto García, Leonor Ramírez Andrés e Elena Nieto González. España.

## INTRODUCCIÓN

Las Técnicas de Cirugía de Mínima Incisión han evolucionado a través de los tiempos, adaptándose a nuevos conceptos y tecnologías, ofreciéndonos en la actualidad un elevado número de procedimientos que nos permiten solucionar favorablemente la mayoría de los procesos patológicos del pie.

Para obtener unos resultados óptimos en la cirugía del antepié, no tenemos que cometer el error de valorar el primer radio como un ente autónomo, sino que debemos tener presente la asociación de estados patológicos que se presentan en el resto de los dedos y metatarsianos, bien sean derivados de la evolución degenerativa del proceso del Hallux Valgus o por defectos biomecánicos del resto del pie o por otro tipo de circunstancias.

En el Hallux valgus, concurren una asociación de alteraciones patológicas, que Viladot, lo define como el “Síndrome de insuficiencia del primer radio”, por tanto a la hora de hacer una valoración quirúrgica del Hallux, debemos plantearnos todos los elementos que forman este síndrome, tanto intrínsecos del primer dedo, como las alteraciones derivadas de esta patología en el resto de antepié.

Entre otros autores Barouk Ls, “Insertion dans un concept thérapeutique global”, propone la actuación global en la patología del antepié y no sólo en el Hallux Valgus.

El objetivo de la cirugía MIS, para el Hallux valgus, es la obtención de la corrección de todos los elementos patológicos, y una buena recuperación de la función biomecánica del pie. Por

tanto, en muchas ocasiones la recuperación biomecánica del antepié nos hará plantearnos actuaciones quirúrgicas en otras estructuras del antepié, como son los metatarsianos y dedos.

Partiremos de la base de que ninguna osteotomía por sí sola es capaz de corregir todos los

parámetros que concurren en la Hallux Valgus (Pasa, Dasa, Ángulo IM, MF, posición de los sesamoideos, Longitud del MTT....), por este motivo la cirugía MIS debe ir encaminada a la corrección de todos ellos, combinando diferentes osteotomías que vuelvan a reestablecer el equilibrio de fuerzas y actuando sobre las partes blandas consiguiendo así la corrección de todos los elementos que componen la deformidad.

El Hallux Valgus, es una de las patologías que con más frecuencia encontramos en nuestras consultas, y es difícil por no decir imposible, ver dos alteraciones idénticas, por lo que debemos ser conscientes que los procedimientos quirúrgicos no se deben estandarizar en su aplicación ya que el resultado que obtendremos será el de aumentar las estadísticas de fracasos.

Henri Du Vries, en su publicación “Surgery of the foot”, 1973, decía: “... el cirujano

debe estudiar cada caso particular de Hallux Valgus, y aplicar un procedimiento o conjunto de procedimientos para ese caso en particular”. Así mismo Kelikian, en su libro “HV Allied Deformities of the Forefoot”, 1965, afirmaba: “... el cirujano imaginativo no se adhiere a ningún procedimiento estereotipado “.

Antes de elegir la técnica adecuada para cada tipo de Hallux Valgus, debemos valorar al pie como un conjunto y realizar un completo estudio de las deformidades estructurales, ángulos radiológicos, alteraciones posicionales...etc. Sin olvidar que en muchas ocasiones es necesario la aplicación de tratamientos ortopédicos después de los tratamientos quirúrgicos.

## Clasificación y Elección de la Técnica

Tomaremos la siguiente clasificación, basada en la posición del metatarsiano, de la falange, ángulos radiológicos y estado del cartílago articular, para poder determinar el grado de severidad de los Hallux Valgus y poder aplicar a cada caso la técnica más adecuada.

	Hallux Abducto Valgus	Angulo Intermetatarsal	Superficie Articular	Pasa	Dasa	Técnica
<b>HV Leve</b>	5° - 20°	6° - 8°	Congruente	Normal	Aumentado	Exostectomía DL + Akin + Tenotomía Abd.
<b>HV Medio</b>	20° -40°	8° - 20°	Desviada	Aumentado	Normal	Exostectomía DL + Reverdin Isham + Ten. Ab.
					Aumentado	+ Reverdin Isham + Ten. Abd + Akin
<b>HV Agudo</b>	> 40°	> 20°	Subluxada	Aumentado	Aumentado	Exostectomia DL + Reverdin Isham + Ten. Abd + Akin.+ Osteotomía de la base. Otras Técnicas.

### Clasificación del Hallux Valgus según su grado de severidad

En un Hallux Valgus vamos a encontrar una serie de signos y síntomas que deberemos tener en cuenta y que son parte de las claves que nos van a hacer elegir el conjunto de procedimientos quirúrgicos, que posteriormente describiremos.

#### 1.- Hallux Valgus Simple

- 1.- Deformidad sintomática del Hallux Valgus.
- 2.- Exostosis de la cara medial – dorsal de la cabeza del primer metatarsiano.
- 3.- Rango de movilidad de la primera articulación metatarso falangica debe ser bueno, sin dolor ni crepitación ni signos degenerativos.
- 4.- Ángulo Hallux Abductus Valgus debe estar entre 5° y 20°.
- 5.- Ángulo intermetatarsal en un pie recto debe estar entre 6° y 8°
- 6.- Ángulo del cartílago articular proximal (PASA) debe ser menor de 7.5°.
- 7.- Ángulo del cartílago articular distal (DASA) debe estar aumentado, mayor de 7.5°.
- 8.- Superficie articular congruente.
- 9.- Rotación axial nula.

#### 2.- Hallux Valgus Medio:

- 1.- Deformidad sintomática del Hallux Valgus.
- 2.- Hiperostosis de la cara medial – dorsal de la cabeza del primer metatarsiano.
- 3.- Rango de movilidad de la primera articulación metatarso falangica debe ser bueno, sin dolor ni crepitación ni signos degenerativos.
- 4.- Ángulo Hallux Abductus Valgus está elevado, superando los 40°.
- 5.- Ángulo intermetatarsal superior a los 20°.
- 6.- Ángulo del cartílago articular proximal (PASA) > 7.5°.
- 7.- Ángulo del cartílago articular distal (DASA) de normal a > de 7.5°.
- 8.- Superficie articular congruente o desviada.
- 9.- Rotación axial leve o nula.

#### 3.- Hallux Valgus Agudo

- 1.- Deformidad sintomática del Hallux Valgus.
- 2.- Hiperostosis de la cara medial – dorsal de la cabeza del primer metatarsiano.
- 3.- Rango de movilidad de la primera articulación metatarso falangica suele estar alterado,

con síntomas dolorosos y suele acompañarse de signos degenerativos.

4.- Ángulo Hallux Abductus Valgus de leve ( $5^{\circ}$  -  $20^{\circ}$ ) a moderado ( $20^{\circ}$  -  $40^{\circ}$ ).

5.- Ángulo intermetatarsal en un pie recto, inferior a  $20^{\circ}$  y en un pie abducido, inferior a  $16^{\circ}$ .

6.- Ángulo del cartílago articular proximal (PASA)  $> 7.5^{\circ}$ .

7.- Ángulo del cartílago articular distal (DASA)  $> 7.5^{\circ}$ .

8.- Superficie articular subluxada.

9.- Rotación axial aumentada.

Los datos analizados hasta ahora, unidos a la edad del paciente, su estado general y calidad ósea, nos van a proporcionar un acercamiento bastante certero en la elección de la técnica.

Pero no debemos olvidar que el pie, además de ser una unidad estructural, se comporta como una unidad funcional, por tanto, debemos valorar las modificaciones que puedan desencadenar estas alteraciones en la estática y dinámica del paciente.

Utilizaremos para este fin las imágenes podoscópicas, el análisis de distribución de presiones, así como el comportamiento del pie en las diferentes fases de la marcha, mediante registros informatizados de la misma.

El conjunto de todas estas pruebas realizadas, nos dará información suficiente para programar las técnicas a emplear, y si debemos aplicar algún otro gesto quirúrgico en otras estructuras para conseguir el mejor funcionamiento biomecánico después de la intervención.

A su vez el registro de todos estos parámetros nos permitirán una evaluación postoperatoria de los resultados obtenidos a corto, medio y largo plazo.

### Elección de la Técnica del Hallux Valgus según su grado de severidad

Una vez determinado el grado de severidad del Hallux Valgus procederemos a aplicar los gestos quirúrgicos siguiendo el orden que describimos.

#### 1.- Hallux Valgus Simple

- 1.1.- Exostectomía Dorso Lateral,
- 1.2.- Tenotomía Abductor.

1.3.- Akin.

#### 2.- Hallux Valgus Medio

- 2.1.- Exostectomía Dorso Lateral.
- 2.2.- Reverdin - Isham
- 2.3.- Tenotomía Abductor.
- 2.4.- Akin.

#### 3.- Hallux Valgus Agudo

- 3.1.- Exostectomía Dorso Lateral.
- 3.2.- Reverdin - Isham
- 3.3.- Tenotomía Abductor.
- 3.4.- Akin.
- 3.5.- Osteotomía de base.

### Instrumental

Antes de comenzar con la descripción de las técnicas, es necesario conocer el instrumental que se utiliza para la correcta ejecución de la Cirugía MIS.

Al realizar técnicas cerradas, el material quirúrgico que se utiliza esta especialmente diseñado para poder trabajar con precisión y evitar traumatizar otras estructuras.

Cada instrumento tiene su fin quirúrgico y su utilización será para la que ha sido diseñado.

1.- Bisturí Beaver 64 y 64 MIS:

Diseñados para este tipo de cirugía, su precisa y reducida superficie de corte (64 de 2 mm, 64 mis de 1 mm), hacen que sean los elementos adecuados para realizar las incisiones, tenotomías, capsulectomías, etc..., a través de incisiones mínimas.



2.- Elevador de Freer. Elevador de Sebilleau:

Son dos instrumentos de superficie roma necesarios para la disección atraumática y el despegamiento de la exostosis.



3.- Fresa Shannon 44: Fresa de corte para realizar las osteotomías, se utiliza con un movimiento dorso – plantar.

4.- Fresa Wedge: Fresa que por su tamaño y



# **IX Encontro das Estrelas na Podologia**

Nos dias 05 e 06 de maio de 2013

**100% de Podologia Brasileira**

As Estrelas da Podologia brasileira vão brilhar em São Paulo

**Centro de Convenção DAN INN HOTEL - Planalto  
Av. Cásper Libero, 115 - Centro de São Paulo - Brasil**

**Realização: Orlando Madella Jr Podologia ME  
Informações: [www.podologiabr.com](http://www.podologiabr.com)**



corte es ideal para eliminar la capa de cortical más dura y para aumentar la cuña de las osteotomías.

5.- Fresa Brophy: Se utiliza para el desbastado de la exostosis, por su especial diseño helicoidal expulsa con facilidad los detritus óseos.

6.- Motor y pieza de mano: Se recomienda la utilización de un motor con reductora

para poder conseguir un eficaz trabajo a bajas rpm sin perder potencia.

7.- Fluoroscopio: Aparato de Rx de baja radiación, que nos permite visualizar en cualquier proyección, el desarrollo de las técnicas que estamos realizando, así como la localización y comprobación de las osteotomías y su efectividad correctora.



## Técnicas MIS para la corrección del Hallux Valgus

### 1.- Exostectomía dorso-lateral

Con el Bisturí Beaver, hoja nº 64, realizamos una incisión de 0.4 cm. en la cara plantar medial de la cabeza del primer metatarsiano. Con un elevador Freer realizamos una disección atraumática hasta llegar a la cápsula, seguidamente

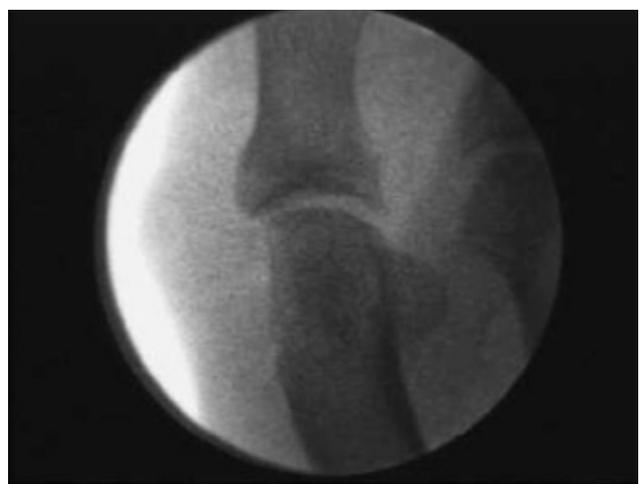


hacemos una incisión en la cápsula siendo la proyección de la realizada en la piel. Introducimos el elevador Sebilleau y con movimientos de distal a proximal (movimiento de limpiaparabrisas) liberamos la cápsula de la cara medial dorsal de la cabeza del primer metatarsiano.

Una vez liberada la exostosis, procedemos al progresivo fresado de la misma, para lo cual utilizaremos una fresa Shannon 44 realizando movimientos de distal a proximal consiguiendo espacio suficiente para introducir la fresa Wedge con la que fresaremos la cortical y seguidamente introduciremos la fresa Brophy realizando movimientos de dorsal a plantar, la especial configuración helicoidal de esta fresa favorece la salida del detritus óseo al exterior, y nos permite realizar con facilidad el completo fresado de la exostosis. Con el fluoroscopio comprobaremos el resultado de la exostectomía dorso lateral.



Se procede a la limpieza de los restos de pasta ósea que hayan podido quedar dentro, utilizando una lima de Lewis que hemos modificado, quitándole dientes y los cortes laterales, para no dañar la incisión.



Se vuelve a hacer un control con el fluoroscopio para comprobar que no queda ningún resto.

## 2.- Reverdin – Isham

Con el primer y segundo dedo de nuestra mano, localizamos la prominencia dorsal de la cabeza del primer metatarsiano y el sesamoideo tibial, lo que nos indica la inclinación de la osteotomía, introducimos por la incisión por donde hemos realizado la exostectomía, una fresa Shannon 44, la colocamos en la posición adecuada y realizamos una cuña angular medial de distal dorsal a plantar proximal respetando la cortical lateral, la superficie articular del sesamoideo peroneal y la superficie articular dorsal; una vez realizada comprobamos con el fluoroscopio la osteotomía y rotamos el primer dedo en adducción para comprimir y cerrar la osteotomía.

Si es preciso eliminamos las estructuras sobrantes de la parte lateral de la cabeza metatarsal.



## 3.- Tenotomía del abductor

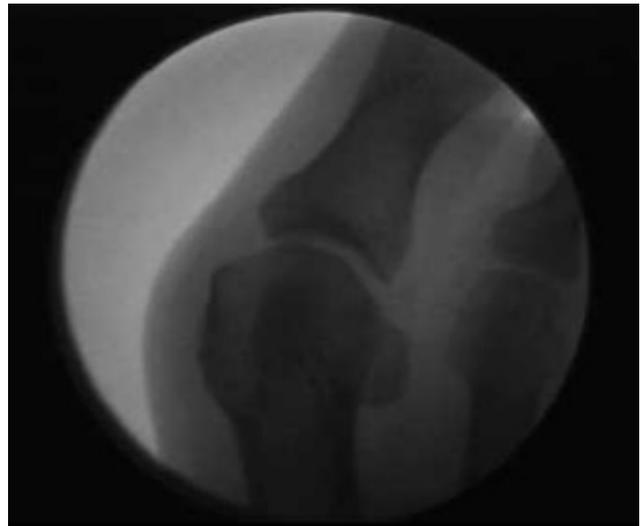
Con un bisturí Beaver 64, realizamos una incisión dorsal de unos 2 mm en la parte interna de la base de la falange; con el primer y segundo dedo de nuestra mano desplazamos el dedo a medial y profundizamos la incisión.

Con la parte no cortante del bisturí hacemos un movimiento en sentido proximal comprobando si el dedo se mueve lateralmente; si es así, giramos el bisturí un cuarto hacia segundo dedo y procedemos a realizar la tenotomía del abductor.

Seguidamente giramos el bisturí hacia medial y tirando ligeramente del dedo hacia distal y realizamos la capsulectomía parcial.

## 4.- Akin modificado

Realizamos una incisión de 0.3 cm., horizontal medial dorsal aproximadamente a un centímetro de la línea articular; introducimos una fresa Shannon 44 y realizamos una osteotomía en



Rx pré-operatorio



Rx pós-peratorio

cuña de medial a lateral. Es importante conservar la cortical interna, realizando una osteotomía en tallo verde ya que será un importante medio de fijación y nos servirá para poder cerrarla sin que se produzca desplazamiento.

En algunas ocasiones se realizan dos técnicas complementarias

- 1.- Tenotomía distal del extensor.
- 2.- Exostectomía lateral de la base de la falange.

Para poder tener una idea más clara de los gestos quirúrgicos, hemos creado una animación en tres dimensiones, lo que nos permite aclarar conceptos como localización, posición, etc.

Dado que en este texto no podemos reproducir la citada animación, exponemos alguna secuencia que nos servirá como guía.



## 5.- Osteotomía de Base

Las correcciones dístales y de partes blandas, que hasta ahora hemos explicado, producen una mejora en el ángulo intermetatarsal de 5° de media; esta corrección es insuficiente

cuando nos encontramos estados patológicos intermetatarsales superiores a 20°.

Podríamos mejorar el acercamiento del 1 y 2 metatarsiano y a su vez una mayor normalidad del ángulo Pasa, con osteotomías capitales comple-

tas (Wilson, Reverdin-Isham completa...)

consiguiendo por cada milímetro que hagamos migrar la cabeza hacia el interior un grado de corrección.

Este gesto quirúrgico sigue sin mejorar el ángulo intermetatarsal, por lo que ante estas situaciones debemos plantearnos una corrección desde la base del metatarsiano.



# BIOS

**Bios Therapy II**

A Bios Indústria e Comércio lança no Brasil o **Bios Therapy II**, um equipamento que atende a todas as normas brasileiras e que, além de completo, vem sendo utilizado em inúmeras pesquisas científicas em diversas universidades no país.

**Bios Therapy II, segurança e confiança para a Podologia.**



Emissor de Luz 630nm com 300mW de potência. Garante praticidade no uso e bateria com autonomia de 2 horas.



Rod. Pres. Dutra, km 138 - Sala 11 - CECOMPI  
Núcleo do Parque Tecnológico - Eugênio de Melo  
São José dos Campos - SP  
[www.biosind.com.br](http://www.biosind.com.br) - [adm@biosind.com.br](mailto:adm@biosind.com.br)  
Tel.: (12) 3876-7713

## Indicações:

- Terapia Fotodinâmica (PDT) em onicomicoses
- Controle Microbiológico
- Tendinites
- Pé Diabético
- Tratamento de Úlceras
- Fascite Plantar
- Dores Articulares

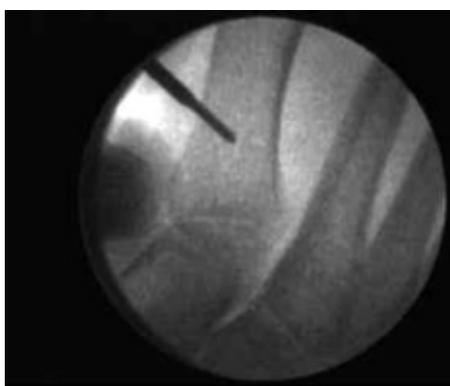
Buscamos como punto de referencia la articulación del primer metatarsiano con la primera cuña.



Se realiza una incisión de 2 mm, profundizando hasta la cortical dorsal del primer metatarsiano, 1 cm de la articulación cuneometatarsal.



Introducimos una fresa Shannon 44 larga, hasta contactar con la cortical dorsal, hacemos un control fluoroscópico para comprobar la situación, y desde esa posición se realiza un agujero piloto de Dorsal – Plantar y Distal a Proximal.



Seguidamente ejecutaremos la osteotomía de base en dos tiempos.

1°. Desde la posición de inicio y con movimientos de corte (de dorsal a plantar) proyectaremos la osteotomía desde el centro del metatarsiano hacia lateral.

Dado que el tamaño de corte de la fresa es menor que el grosor del metatarsiano la osteotomía la ejecutaremos cortando en primer lugar la cortical plantar y posteriormente la dorsal hasta alcanzar la cortical lateral del metatarsiano.

El control de esta osteotomía lo conseguiremos cambiando de dirección la cola del motor, hacia medial y seguidamente hacia lateral.

Una vez realizada la osteotomía lateral que será paralela a la articulación del metatarsiano con la 1ª cuña, se ejecuta la 2ª osteotomía.

2°. Volvemos a recolocar la fresa en el agujero piloto y desde esta posición realizamos el corte hacia medial, con dirección hacia distal. Obteniendo una osteotomía en forma de L.

El control con el fluoroscopio, y la presión ejercida por la mano pasiva nos van a permitir visua-





lizar y sentir el cierre de la osteotomía, conservando de esta manera la mayor cantidad posible de cortical, consiguiendo realizar una osteotomía en tallo verde, estable y muy resistente y sin que se fracture la cortical medial del metatarsiano.

Es importante para no perder los puntos de referencia, no cambiar la posición del pie durante toda la ejecución de la técnica y visualizar con el fluoroscopio constantemente la efectividad de la técnica.

### Vendajes

La realización de osteotomías en tallo verde, su diseño y localización, junto con la contracción de las estructuras de los tejidos blandos, llamada por el Dr. Isham, "fijación intrínseca", hacen

que las correcciones sean muy estables y que no precisen ningún elemento fijador interno.

Sin embargo es de trascendental importancia mantener y estabilizar las osteotomías ejecutadas en una posición adecuada.

Utilizaremos para tal fin los vendajes externos, realizados con tiras adhesivas, cuyo fin será crear unos nuevos vectores de fuerzas que mantendrán las cuñas cerradas y no dejarán que se produzcan desplazamientos en el caso de que se hayan realizado osteotomías completas.

Una vez realizada la fijación con los vendajes y comprobado con el fluoroscopio que las correcciones quirúrgicas son las adecuadas, los man-

tendremos hasta que se haya producido la consolidación ósea, cambiándolos con una periodicidad semanal.

El elemento complementario para que el paciente pueda realizar una deambulaci3n inmediata ser3 la zapatilla postquirúrgica que, por su especial dise1o y estructura, ayudará a las fijaciones externas para que el pie soporte el peso del paciente.

### Precauciones

Las osteotomías se deben hacer en tallo verde, respetando las corticales internas, para que al realizar los movimientos de cierre no haya desplazamiento de los fragmentos, esto es de especial importancia en la técnica de Akin, aunque si esta situaci3n se produjera se podr3a corregir y fijar con los vendajes.

En la técnica Reverdin – Isham no tiene tanta importancia, además en algunas ocasiones, lo que pretendemos es poder obtener una migraci3n de la cabeza hacia el 2º metatarsiano, para lo cual realizamos una osteotomía completa.

Otro aspecto que consideramos a tener en cuenta es que a la hora de hacer un corte óseo, debemos trabajar a bajas revoluciones, para no elevar la temperatura de las fresas.

Sabemos que a 50º centígrados se produce las necrosis osteotérmicas y que una fresa a 250 rpm genera una temperatura de 38º C. A 2000 rpm alcanza los 65º, lo que provocaría una necrosis en el lugar de la osteotomía con los consi-



güentes problemas en la consolidación de la misma, como conclusión, el rango de seguridad de revoluciones por minuto que debemos utilizar estará entre las 250 – 500 Rpm.

## Ventajas

El conjunto de gestos quirúrgicos que empleamos en cirugía MIS para la corrección del Hallux Valgus, nos proporcionan una serie de ventajas con respecto a otras técnicas descritas, siendo las más significativas:

### 1.- Tamaño de las vías de acceso

Cualquier osteotomía capital que se realice con técnicas abiertas necesita provocar una mayor disección periarticular y agresión quirúrgica de la cápsula para la exposición del campo operatorio; unido a la tensión que se genera en la plicatura de la cápsula al realizar el cierre por planos, hacen que el tiempo de recuperación de estas estructuras sea prolongado y aumente el riesgo de que aparezcan complicaciones residuales no deseadas como:

- Necrosis avascular de la cabeza del primer metatarsiano.
- Pseudoartrosis de la osteotomía.
- Limitación de la movilidad con rigidez articular.
- Infección.

Por el contrario, la Cirugía MIS, utiliza vías de entrada más pequeñas, pudiendo acceder a la cabeza del metatarsiano sin dañar la cápsula, los tejidos periarticulares, ni las estructuras nerviosas y vasculares, consiguiendo de esta manera minimizar los riesgos y complicaciones postoperatorias, obteniendo una deambulación precoz y una recuperación funcional breve.

### 2.- Modificación en la ejecución la Osteotomía de Reverdin

La técnica propuesta en 1985, por el Dr. Stephen A Isham, en su publicación, "Reverdin-Isham Procedure for the Correction of Hallux Abducto Valgus", cambia la angulación de la osteotomía descrita por Reverdin, ejecutándola con una mayor angulación, de Dorsal Distal a Plantar Proximal y por detrás de los sesamoides.

Con este nuevo diseño de la osteotomía se consigue recolocar la superficie articular, corregir el Pasa, redirigir y estabilizar las fuerzas estructurales de la cabeza del metatarsiano y primera falange. Así mismo, la consolidación de esta corrección capital, no provocará rozamiento con el

paquete sesamoidal, en la deambulación, evitando las sesamoiditis postquirúrgicas que se observaban con la técnica de Reverdin.

### 3.- Compensación del efecto de trasferencias

Cuando ejecutamos una osteotomía, vamos a provocar un acortamiento mínimo de 2 milímetros, por el tamaño de corte de la fresa, siendo superior cuando precisamos aumentar el tamaño de la cuña correctora. Esta circunstancia unida a que en muchas ocasiones existe brevedad en el primer metatarsiano, va a hacer que la distribución de presiones en la fase de apoyo y de despegue de la marcha se desplace hacia los metatarsianos vecinos; lo que supone una sobrecarga de los mismos, aunque no haya sintomatología aparente.

La osteotomía Reverdin – Isham, tiende a compensar el efecto de transferencia debido a su diseño angulado oblicuo, de arriba hacia abajo y de dorsal distal a plantar proximal. De esta manera se consigue frenar el desplazamiento hacia dorsal del fragmento distal y se provoca un descenso de la cabeza del primer metatarsiano debido a que en la deambulación se realiza una presión que empuja la superficie dorsal de la osteotomía hacia plantar, proyectando la cabeza en una posición más plantarflexionada y obteniéndose una mejor distribución de las presiones con respecto a los demás metatarsianos.

No obstante, si el acortamiento del primer metatarsiano es superior a 10 mm. debemos plantearnos el actuar quirúrgicamente en el resto de los metatarsianos, realizando osteotomías de descompresión, y un tratamiento ortopodológico postquirúrgico preventivo.

### 4.- Multitécnicas

Al ejecutar los procedimientos con cirugía MIS y minimizar el daño quirúrgico, nos permite utilizar simultáneamente otras técnicas para corregir la posición de los metatarsianos y desalineaciones de los dedos.

### 5.- Otras ventajas

Se corrigen dos planos de la deformidad estructural, se mejora la posición de los sesamoides y se logra una reducción media del ángulo intermetatarsal de 7°.

## Inconvenientes

1.- La estandarización de las técnicas sin tener en cuenta el grado de severidad del Hallux

Valgus, aumentará el número de fracasos.

2.- La excesiva agresividad quirúrgica sobre tejidos blandos y partes óseas, nos provocarán procesos inflamatorios postoperatorios de mayor duración.

3.- Cualquier osteotomía mal diseñada o mal ejecutada, podría producir un retraso de osificación o una no unión.

4.- Si la ejecución y consolidación de la osteotomía Reverdin – Isham no es buena puede aparecer un acortamiento del primer metatarsiano aumentando el porcentaje de transferencias.

5.- Con las osteotomías capitales, no conseguimos corregir en el Hallux Valgus la deformidad del plano sagital.

6.- Si al realizar el Akin se produce una osteotomía completa con desplazamiento de los fragmentos, el cierre de la segunda osteotomía se realiza con más dificultad.

7.- La posibilidad de una fractura completa de la osteotomía de base puede provocarnos un desplazamiento de fragmentos no consiguiendo el objetivo corrector.

### Conclusiones

1.- El conjunto de técnicas de cirugía de Mínima Incisión para la corrección del Hallux Valgus, debe ser considerado como un método eficaz dentro de la práctica quirúrgica podológica.

2.-La cirugía del primer radio no se debe aislar, valorando la necesidad correctora del resto de patologías que aparezcan en el pie.

3.- No se debe estandarizar la aplicación de las técnicas, cada patología requiere un tratamiento diferente.

4.- En muchas ocasiones los problemas no son de las técnicas, sino de su aplicación, de la destreza con que se ejecutan y de los medios con que se cuenta.

5.- La aparente sencillez de las técnicas, no deben hacernos olvidar que se requiere una curva de aprendizaje lenta para conseguir unos resultados óptimos. ▣

**Eduardo Nieto García.**

*Podólogo. Miembro AEMIS y AECP. Profesor de la AAFAS.*

**Leonor Ramírez Andrés.**

*Podólogo. Miembro de AEMIS y AECP. Fellow de la AAFAS.*

**Elena Nieto González.**

*Podólogo. Miembro de AEMIS.*

### Bibliografía

- Método Reverdin - Isham para la corrección del HAV Dr.Stephen A. Isham. Academy of Ambulatory Foot & Ankle Surgery.
- Dr. Stephen A. Isham. Apuntes Annual LSU Cadaver Seminary 2002.
- Bycure Blair M. Bycure on Mínima Incisión.
- Influencia de la Angulación MTT - Falángica en la OTV. Hervas T. Revista de Podología Vol II, nº 4; 1991.
- Yatrogenias, Trat quirúrgico por Mínima Incisión; J. Aguilar,2001.
- Nieto García, E. Cirugía MIS del Hallux Valgo Medio. Revista Española de Podología 2003; XIV ( 2): 86-91.
- Nieto García, E. Técnicas de Mínima Incisión. Ed. Mileto. Madrid. 2004.
- Tratamiento quirúrgico de pie y tobillo, Armen S. Kelikian, 1999.
- Viladot. Patología del Antepié. Ed. Roray. 1984.
- Minimal Incision Surgery in podiatry. Ed. By J.B. Gorman. 1983
- Muñoz Piqueras, F. Técnicas de Mínima Incisión. Ed. Mileto. Madrid. 2004.
- De Prado, M.; Ripoll, P; Cirugía Percutánea del Pie, Ed. Masson, 2003. Barcelona.
- De Prado, M. y cols. Tratamiento quirúrgico percutáneo del HV mediante osteotomías múltiples. Rev. Ortop y Traumat, 2003; 47 – 06, p 406 – 416.
- Galaz Lopez R.E., Técnicas de Mínima Incisión. Ed. Mileto. Madrid. 2004.
- Barouk LS, Nouvelles ostéotomies de l'avant pied. Insertion dans un concept thérapeutique global. Cahier d'enseignement de la Sofcot 1996.

[www.revistapodologia.com](http://www.revistapodologia.com)  
Links Cursos y Eventos



# NUESTRAS SILICONAS ESTRELLA

## SILICONA PODIABLAND

MEJOR ASPECTO · MAYOR DURABILIDAD  
MÁS FACIL DE TRABAJAR · MEJOR CATALIZADO

Nueva fórmula para una silicona de gran éxito. El departamento de desarrollo de Productos Herbitas ha logrado modificar la formulación de esta exitosa silicona, con unos resultados fantásticos. Densidad media, de aprox. 20 A Shore. En efecto ahora es más uniforme, de mejor aspecto, más fácil de trabajar, y sobre todo con mejores resultados. Ortesis fáciles de obtener y con garantías de éxito. No se rompen.

NUEVA  
FORMULA  
MEJORADA



## BLANDA BLANDA



SILICONA PODOLOGICA EXTRABLANDA

Densidad muy blanda. Ideal para Ortesis Paliativas. Muy fácil de trabajar. No huele. Incluye aceites medicinales. Puede mezclarse con otras siliconas. Dureza Shore Å: 6 a 8. Envase de 500 grs.



**Herbitas**  
Productos Herbitas, S.L.

Alcalde José Ridaura, 27-29 (Pol. Ind. El Molí) · 46134 Foios VALENCIA (Spain) · Tnos.: 96 362 79 00\*  
Fax: 963627905 · E-mail: herbitas@herbitas.com · www.herbitas.com · Parapedidos: 900712241

# Reflexología Podal en Argentina

*Prof. Podologa Cristina Mónica Capecchi. Argentina.*

## Vivir la reflexología

“Las manos ... la continuidad... los vehículos de la mente-corazón...”

(de Respirando Cien Días de Cristina Capecchi)

La sesión de Reflexología Podal Científica Integral es una fuente de bienestar completa, que hace bien tanto a quien la recibe como a quien la practica.

Su metodología contempla no sólo la capacitación en el área de servicio, por las competencias, habilidades y destrezas que se deben obtener para llevar a cabo con eficacia las sesiones, sino también por la preparación adecuada del terapeuta, quien desde su formación debe comenzar un entrenamiento para la adquisición de hábitos saludables, sin los cuales sería dificultosa la continuidad de su labor, entendiendo que el principal instrumento de ejecución de las técnicas (en unidad con su mente y sus emociones) es su propio cuerpo físico.

La práctica habitual de técnicas corporales terapéuticas por su parte, constituye un camino para facilitar la armonía:

“el compromiso de hacer o no, en concordancia con lo que se piensa y se siente”(1).

La armonía es requisito fundamental para la interpretación de los signos que se hacen presentes durante las distintas etapas de la sesión y que permitirán sustentar la actuación profesional.

Pero, para poder llegar a interpretar, primero hay que “registrar”, darse cuenta, tomar conciencia, comprender, y no ya a nivel conceptual, dado que esa incorporación tiene lugar durante la formación, en la etapa de la adquisición de los conocimientos pertinentes (2), sino desde el propio cuerpo:

“un cuerpo puede interpretar a otro si sabe cómo hacerlo, y esto es posible únicamente si se conoce el lenguaje”(3).

En el campo de la comunicación humana, las claves intercambiadas no emanan solamente de

la voz, el habla y el contexto inmediato, sino también a través del cuerpo, sus movimientos o no, sus gestos y posturas.

Es imposible no comunicar. Toda conducta en una situación de interacción tiene valor de mensaje y toda comunicación implica un compromiso (4).

Todos los sentidos están abiertos, pero son las manos las que en definitiva se contactan con los pies del paciente: “...las manos del profesional, lubricadas suficientemente, acceden a ellos, conociéndose y reconociéndose, entablando un vínculo que facilita la fluidez de los movimientos y el ritmo de las maniobras que tienen lugar de manera ordenada y sistemática para propiciar el aumento de la disponibilidad corporal e inducir a la relajación...”

Entonces, es menester brindarle a las manos, suficiente atención y dedicación previa al encuentro con el paciente, lo que podría equipararse al atleta que precalienta su cuerpo antes del evento deportivo y a la preparación del músico cuando afina su instrumento antes del concierto mientras realiza escalas y arpeggios para estar en sintonía con él, pero, que más allá del evento para “mostrar” su trabajo, cada día y con humildad infinita, practica para conservar y, por qué no, hasta a veces incrementar sus talentos.

En cada encuentro se dan pasos firmes sobre un terreno seguro, pero ello no implica que puedan presuponerse los detalles de los acontecimientos.

Las manos son receptoras de los sutiles mensajes que emanan de los pies del paciente, que a veces imploran solamente ser “escuchados” y otras gritan sin voz por los oscuros recovecos de las corazas creadas por protección, arrumbadas unas sobre otras desde tiempos pretéritos, ya agonizando o tal vez, esperando renacer...

Son portadoras de ancestrales caricias sabias, que en un instante único e irrepetible, intiman y, más allá de una palabra o un gesto, recorren ese instante de vida y acompañan al paciente al tan esperado o temido, encuentro consigo mismo...

La atención y apertura del terapeuta, permitirán reconocer los indicios actuando desde los pies consecuentemente con cada uno de los aparatos y sistemas, sin hacer devoluciones en el plano psicológico ni de otra índole, pero sin impedimento de sugerir (al final de la sesión) una visita al profesional médico para efectuar controles a nivel clínico o de alguna especialidad que fuera necesaria.

En síntesis: cada uno de los movimientos que componen las técnicas de la Reflexología, deben poder llevarse a cabo con fundamento y realizarse con seguridad y naturalidad; en ello radica la importancia de la capacitación integral del profesional en esta disciplina perteneciente a las ciencias de la salud. Pero, para ello el primero que debe ser tratado por la Reflexología es el propio profesional que la realiza: aprendiendo a permanecer en la camilla, a estar disponible para la sesión, a apreciar cómo están llegando a sus pies, a valorar el ambiente preparado para su llegada y permanencia...

En fin: aprendiendo a “recibir” Reflexología.

Para hablar de ella y practicarla se necesita...

“Vivir” la Reflexología. ▣

**Prof. Podologa Cristina Mónica Capecchi**

y

**Prof. César Adrián Zandrón**

Adjuntos de Anatomía y Fisiología

Escuela de Estudios Orientales

de la Universidad del Salvador, Argentina.

elbuenchi@gmail.com

(1 y 3). De “Respirando Cien días” de Cristina Capecchi.

(2). “Principios de la Reflexología Científica Integral”, Prof. César Adrián Zandrón. Cazdelco.

(4). Axiomas de la Comunicación. Paul Watzlawick.

## Verrugas viróticas da região do pé



En português

### Podología

DVD

Podólogo  
Carlos Alberto Banegas



Autor Podologo

## Carlos Alberto Banegas

**Conteúdo do DVD:**

- Virus e bacterias.
- Diferenças entre virus e bacterias.
- Bacterias e o que elas causam.
- Virus e o que eles causam.
- Tipos de virus, classificação e forma de transmissão.
- Formas de prevenir virus.
- O que são verrugas.
- Como diagnosticar os tipos de verrugas e
- 8 Casos passo a passo de verrugas e como tratar-las !!!

**Duração: 1 hora - Em português**

A venda no nosso Shop Virtual [www.shop.mercobeauty.com](http://www.shop.mercobeauty.com)

# GNATUS PODOLOGIA

Siga os passos da **evolução**

Um pé na inovação e  
o outro na tecnologia.

Reconhecida mundialmente no ramo da saúde, a Gnatus, marca 100% brasileira, agora traz toda a sua tecnologia para um novo segmento e apresenta a sua revolucionária linha de podologia. São consultórios e equipamentos que garantem pleno conforto e bem-estar para seus pacientes, otimizando seu trabalho e agregando cada vez mais valor à sua clínica.

Com a Gnatus Podologia, você dá um salto em qualidade e ainda mantém os pés na evolução e na tecnologia.



Consultório  
**Gradus**  
Comfort

Consultórios  
em **10x**  
sem juros!

- Tela multimídia
- Encosto de cabeça articulável
- Massageadores no acento e no encosto acionados eletronicamente
- 2 braços escamoteáveis



Micromotor elétrico  
**Celeritá**

Design ergonômico  
Leveza e praticidade com  
facilidade de locomoção  
Fácil manuseio  
Biossegurança

Conheça também a linha de Biossegurança Gnatus.  
Qualidade e segurança a favor da saúde.



Vendedoras Autorizadas GNATUS

Norte, Nordeste, Centro Oeste e Distrito Federal: Ilza Pereira  
Fone: 16 2102 5055 | E-mail: ilza.pereira@gnatus.com.br

Sul e Sudeste: Daniela Lima  
Fone: 16 2102 5049 | E-mail: daniela.lima@gnatus.com.br

gnatus.com.br



**GNATUS**  
Podologia

## Atuación Podologica Delante de un Caso con Riesgo de Amputación

Podologa Isabel Bertinat. Argentina.

24/7/2012 Paciente Femenino.

Edad: 74 años, 15 años de diagnóstico de Diabetes II

Se presenta a la consulta paciente con traumatismo de Hallux derecho. Refiere dos meses del evento, fue atendida por un Dr. Traumatólogo y un Dr. Cirujano Gral. , que le realizó una curación y le indicó a ella y a su esposo que no vhabía otra alternativa que la amputación del Hallux.

Se observa un pie edematizado, con calor, y color violáceo en articulación distal, desprendimiento del 75% de placa ungueal, abundantes detritos y fibrina, tomo ATB., no sabe cuántos días y no me sabe decir que droga. Supongo Amoxicilina 1 gr.

Se sugiere traer los últimos análisis e I.C. con endocrinólogo.

Bajo peso, algunos mareos, baja comprensión a los riesgos que se encuentra expuesta. Pulso pedio +, relleno capilar +, se inicia toilette y debridación, abundante irrigación.

Se le comenta al familiar que dado el tiempo, se solicita con urgencia la consulta a otro profesional. Anamnesis c/copia.

Se le sugiere al Dr. Rx de ambos pies, frente, perfil y oblicua con foco en hallux. La posibilidad de pasar a insulina hasta cierre de la herida o a su criterio, control de T/A. ya que no toma ninguna medicación, también el consumo de más proteínas.

La profesional está de acuerdo y solicita laboratorio de control.

Buena evolución de herida, el 10/8 a las 19,30 hs. se presenta con el esposo y una de sus hijas, refiere que con las rx. fueron derivadas a un Traumatólogo que le indica AMPUTACIÓN DE HALLUX, alegando que le falta la articulación distal y dado el traumatismo se debe operar, haciendo referencia que ésta patología no debe ser atendida por un podólogo.

Solicito las Rx, que fueron pedidas por ésta profesional auxiliar en salud, se observa en la misma las dos articulaciones, quizás un poco más corta, no puedo evaluar, no se realizo la del pie contrario, no lo cubre su Obra Social.

En la posición de perfil, se observa una fisura

del penacho, no signos de osteomielitis, ni de Charcot, no hay arteria pedia calcificada. No infección, no más edema, no dolor al movimiento, cicatrización en evolución permanente.

Curaciones cada 48 hs. Con debridaciones, ahora cada 72 hs.

Se solicitará nueva Rx. de control, por indicación anterior usa plantillas realizadas en p.p.t. y plastazote, con forro en cuero, para evitar mace-ración, por uso de cremas.

La profesional de cabecera, coincide con mi diagnóstico , NO AMPUTAR.

Tratamiento realizado: curaciones con Solución Fisiológica. debridación y descarga del hallux, se coloca Platsul A , vendaje oclusivo húmedo cada 48 hs.

Se le indica ejercicios isométricos para bajar el edema, reposo con M.I. elevados.

Desde el día 30/8, curaciones con ATOMO DERMA A-D, e iguales indicaciones.

Alta definitiva el dia 19-10-2012.

**Podologa Isabel Bertinat**  
Puerto Madryn, Chubut, Argentina.  
isabelbertinat@hotmail.com









Alta 19/10/2012



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

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



### Loção Higienizante

Promove higienização local e suave refrescância.

### Gomage Esfoliante

Renovação celular. Revitaliza e auxilia na atenuação de calosidades.

### Manteiga para Mãos, Cutículas e Pés

Hidratação profunda. Proteção e emoliência com ação rejuvenescedora.

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

**VitaDerm**  
HIPOALERGÊNICA  
Desde 1984

[WWW.VITADERM.COM](http://WWW.VITADERM.COM)

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE

## La Revistapodologia.com en México

La podología es más que una profesión maravillosa para sus practicantes, es una ciencia que cambia la vida de las personas, transforma las tristes realidades de muchas patologías podales en pies recuperados y personas satisfechas.

Para que la podología siga creciendo, es fundamental que tenga buena interacción entre colegas podólogos de todas las partes del mundo, pues, en cada país es una realidad, una evolución diferente, y juntos, en una visión de compartir el conocimiento entre nosotros, pasaremos a ser mejores y más eficaces.

Es en esa visión de compartir, que existen muchos congresos, que visan traer colegas internacionales para compartir sus conocimientos y fue en este espíritu de unidad que la FEPOAL - Federación Latino Americana de Podología, desarrolló su IV Congreso Latino Americano de Podología en la Ciudad de México los días 25 y 26 de Agosto, donde entre importantes disertantes, contó con la presencia brasileña a través del Pdgo. Israel de Toledo (Director Científico de la **Revistapodologia.com**).



Con la visión de siempre transitar las nuevas tecnologías entre la podología de países es que el Pdgo. Israel de Toledo, introdujo la Terapia Fotodinámica (PDT) en México.



Después de este congreso fue realizado un Curso Pos-congreso, donde, por la primera vez, los podólogos mexicanos de varias partes del país y representantes de universidades mexicanas, pudieron conocer esta ciencia. En este curso fue mostrada la Terapia Fotodinámica en el combate a la onicomiosis y la Fototerapia en el proceso de cicatrización, con gran suceso.

Luego fuimos para la ciudad de Oaxaca, para participar del Curso Internacional del Pie Diabético (Medicina) de la Asociación Mexicana del Pie Diabético, un encuentro de muchos médicos especialistas de diversos países.

En este evento, fue ministrada una conferencia sobre el PDT y sus efectos en la cicatrización de las úlceras, estímulo del retorno sanguíneo y proceso inflamatorio. La tecnología fue muy bien aceptada, de tal forma que ya están siendo implementadas pesquisas en el Centro de Prevención y Salvamento de Pie Diabético SAN ELIAN del Dr. Fermín Martínez De Jesús.



El resultado fue tan bueno que fuimos convidados a hacer un Curso (no programado) nuevamente en la ciudad de México, contando con la presencia de podólogos y médicos, resultados de los dos primeros eventos. Fueron aulas prácticas y con casos en vivo, para que estos profesionales pudiesen tener un entrenamiento adecuado.

Agradecemos la inestimable y desinteresada colaboración en este viaje de nuestro gran amigo de El Salvador, el Dr. Edgar Herrera.

La **Revistapodologia.com** se enorgullece de incentivar el conocimiento de la podología global, siempre con una expectativa de demostrar que debemos compartir nuestros conocimientos para una podología rica y Universal.

Estamos convencidos que incentivar profesionales a desarrollar investigaciones en su país, basados en las experiencias de colegas de otros países es fundamental y saludable para la podología. ▣

El primer congreso UNASUR, días 17 y 18 de Noviembre en la ciudad de Rosario, Argentina, contó con la presencia de disertantes de diversos países de América del Sur como Chile, Brasil, Uruguay y del país anfitrión Argentina.



**Pdgos. Alfredo Serodio y Eduardo Moreno Argentina**



**Pdgo. Israel de Toledo Brasil**



**Pdgo. Joel Lizana Chile**



**Pdgo. Alberto Barbato Argentina**



**Pdgo. J.D. Moumary Argentina**



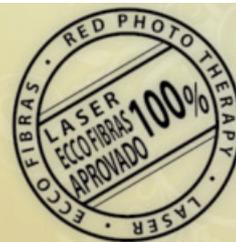
**Pdga. Lilián Vucovich Uruguay**

Visitó Brasil el Podologo portugués **Manuel Azevedo Portela**, Director del curso universitario de podología del CESPU (Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário) de Portugal y también Presidente de la Asociación Portuguesa de Podologia (APP). Fue convidado por los organizadores de la XVII Jornada Internacional de Podologia, días 2 y 3 de Noviembre de 2012 en San Pablo.



Las premiaciones recibidas en 2012 por el equipo del programa radial argentino **"Ciencia, Podología y Salud"**. Felicidades **Alfredo Mellid, Miguel Mazzolla, Martín Bordoni y Raúl Fernández** (conductor).

**ECCO**<sup>®</sup>



# Laser Red Photo Therapy

“O melhor tratamento  
para os pés”

**100% APROVADO**

ONICOMICOSE **CURA**

ONICOCRIPTOSE **CURA**

FISSURA CALCÂNEA **CURA**

VERRUGA PLANTAR **CURA**

Totalmente natural  
Não invasivo  
Uso terapêutico



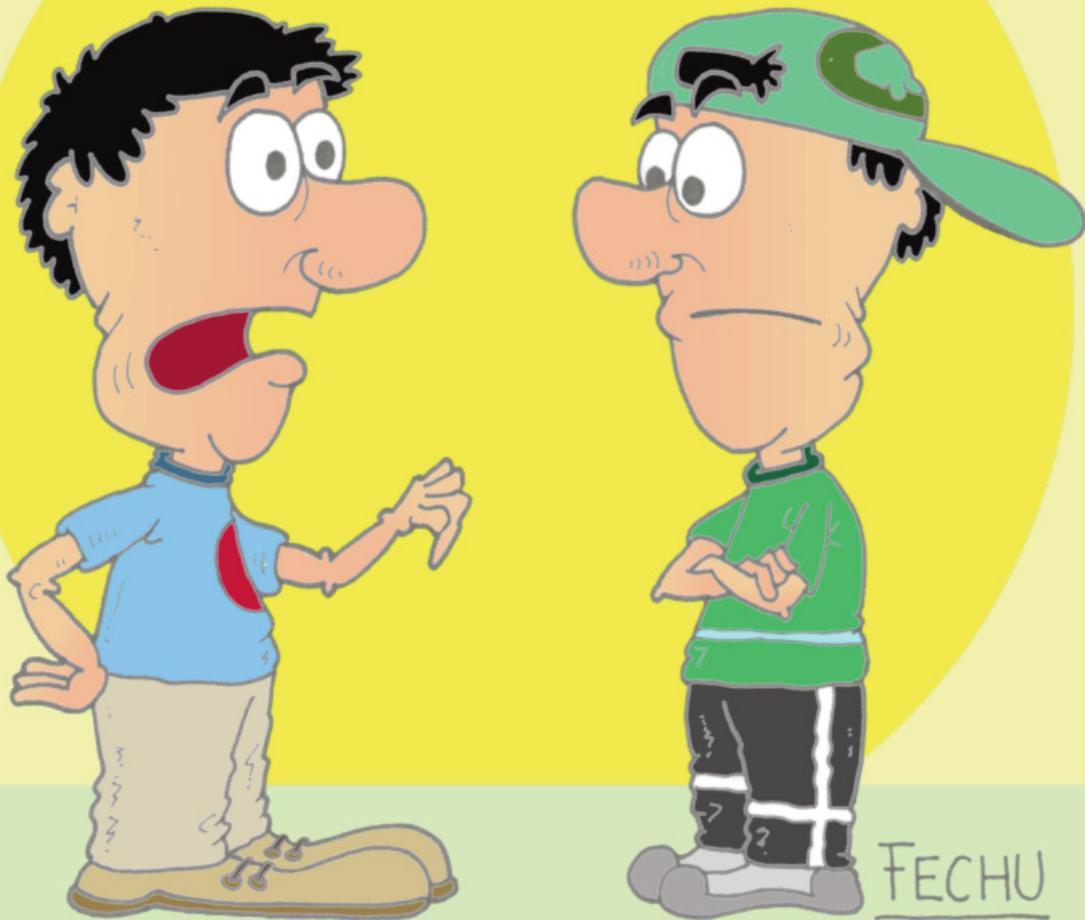
**N**  
INMETRO

ANVISA  
80323310002

À venda no **Shop da revistapodologia.com**  
[www.shop.mercobeauty.com](http://www.shop.mercobeauty.com)

EL PODOLOGO LE DIJO A MI MAMA' QUE LOS ZAPATOS NO TIENEN QUE SER MUY JUSTOS... PERO CREO QUE ELLA EXAGERO UN POQUITO!!

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



Visite nuestro Shop Virtual  
[www.shop.mercobeauty.com](http://www.shop.mercobeauty.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.

**Ventas:** Mercobeauty Imp. e Exp. Ltda. Tel: (#55-19) 3365-1586

**Shop virtual: [www.shop.mercobeauty.com](http://www.shop.mercobeauty.com)**

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

# POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

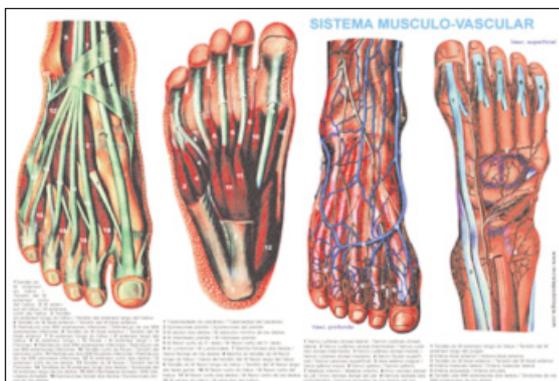
40 x 30 cm



HUESOS DEL PIE 1



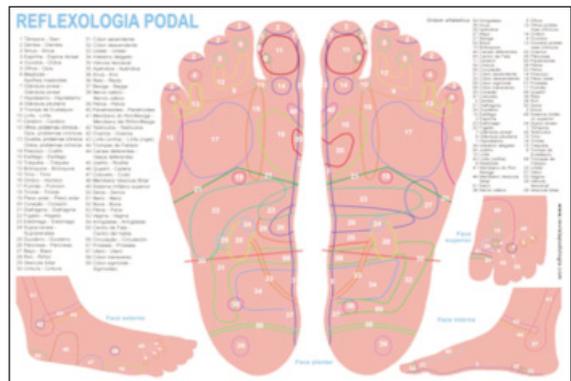
HUESOS DEL PIE 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES



CALLOSIDAD Y TIPOS DE CALLOS

Email: [revista@revistapodologia.com](mailto:revista@revistapodologia.com) - [revistapodologia@gmail.com](mailto:revistapodologia@gmail.com)

A la venta en uestro Shop virtual: [www.shop.mercobeauty.com](http://www.shop.mercobeauty.com)

Tel.: #55 - (19) 3365-1586 - Campinas - SP - Brasil