

revistapodologia .com

N° 18 - Febrero 2008



Revista Digital de Podología
Gratuita - En español

revistapodologia.com

**revistapodologia.com n° 18 Febrero
2008**

Directora científica
Podóloga Márcia Nogueira

Director comercial: Sr. Alberto Grillo

Colaboradores de esta edición:

Dr. Alberto Quirantes Hernández. **Cuba**

Dr. Jorge Jiménez Armada. **Cuba**

Dr. Vladimir Curbelo Serrano. **Cuba**

Dr. Leonel López Granja. **Cuba**

Dr. Alberto Quirantes Moreno. **Cuba**

Podóloga Miriam Mesa Rosales. **Cuba**

Podóloga Lafont. **Francia**

Podóloga Pechin. **Francia**

Lic. Virginia Fedrizzi. **Brasil.**

Podólogo Armando Bega. **Brasil**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 28.

Tapa: tapa de la Revista Podologia
Argentina n° 14 - Agosto de 1999.

ÍNDICE

Pag.

5 - Terapia fotodinámica tópica para onicomycosis.

7 - Diabetes Mellitus. Folleto educativo como aporte para la prevención.

13 - Tacos y remedios.

20 - Fístulas e higromas en los pies.

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.

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

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

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

ESTÉTICA **in RIO** 2008

FEIRA DA BELEZA, COSMÉTICOS, EQUIPAMENTOS & SERVIÇOS

17,18 e 19

maio

2008

centro de
convenções sul
américa

rio de
janeiro

WWW.
esteticainrio.
com.br

1º Congresso Brasileiro de Podologia

Domingo 18 e Segunda 19

Eventos Paralelos

Congresso Científico Brasileiro de Estética

Jornada Técnica Interdisciplinar de
Estética, Eletrocosmética e
Fisioterapia Estética

1º Congresso Brasileiro de Massoterapia

1º Congresso Brasileiro de Maquiagem

2º Congresso Brasileiro de Manicure

Curso Pós Congresso

Workshops

(21) 3888-3730 - 3977-1499
3977-1498

Organização

revistapodologia
-com

www.revistapodologia.com

Realização



Apoio



1º Congresso Brasileiro de Podologia Domingo 18 e Segunda 19 de Maio de 2008

Palestrantes e palestras

Podólogo e Fisioterapeuta Rogério Romeiro

Rio de Janeiro

Tema: Iatrogenia na podologia - Principais causas e conseqüências.

Iatrogenia é uma alteração patológica provocada no paciente por diagnóstico ou tratamento de qualquer tipo.

Podólogo e Fisioterapeuta Jonas Campos

Rio de Janeiro

Tema: Ficha de Anamnese. Porque e como fazer ?

A ficha de anamnese funciona como um prontuário para o podólogo, e a partir dela que se conhece o cliente, suas características e se pode acompanhar os procedimentos realizados.

Dr Ademir Carvalho Leite Junior - São Paulo

Tema: Manifestações da pele e unhas nos pés de obesos.
Apresentação de diversas manifestações da pele e unhas encontradas em pacientes obesos e obesos mórbidos.

Podólogo e Enfermeiro Armando Bega - São Paulo

Tema: Laserterapia em Lesões.

Este tema aborda o uso do laser terapêutico, 660 nm, "red laser", desde a historia da laserterapia, até os seus princípios físicos e químicos, bem como os mecanismos de ação nas células, tecidos, órgãos e sistemas, sua dosimetria, indicações, precauções, contra-indicações e casos clínicos.

Podólogo Carlos Alberto Banegas - Argentina

Tema 1: Onicomicoses.

Como resolver e recuperar o aparelho ungueal contaminado em casos de unhas dolorosas, grossas e amarelas sem descuidar o componente estético do resultado final.

Tema 2: Onicocriptoses.

Tratamento podológico não invasivo dos encravamentos periungueais. Um detalhado passo a passo para um final exitoso. Trabalho de investigação.

Vídeo-dissertação mostrando o antes, durante e depois.

Podóloga Maria Elaine Hagino - Rio de Janeiro

Tema: Terapias Alternativas na podologia.

O podólogo deve estar sempre apto para dar alívio, descanso e completo conforto aos pés de seus pacientes. Apresentação de Terapias Alternativas.

Dr. Mauro Pena - Rio de Janeiro

Tema: Dores nos pés: principais causas e tratamentos.

Quais são as principais causas da dor, o que fazemos para detectar suas causas e quais são os seus tratamentos.

Podga Aparecida Maria Bombonato - São Paulo

Tema: Técnicas e Procedimentos no Aparelho Ungueal.

Abordagem dos vários tipos de lâminas ungueais com as técnicas de tratamento, causas e procedimentos na onicocriptose com e sem granuloma.

Local: Centro de Convenções Sul America - Cidade Nova - Rio de Janeiro - Brasil

Organização

revistapodologia
-com

www.revistapodologia.com

Realização



Apoio



Terapia Fotodinámica Tópica para Onicomicosis

Podólogo Armando Bega. *Brasil.*

La terapia foto-dinámica empezó a ser desarrollada en el inicio del *século XX*, cuando Raab colorió paramecios (un protozooario que vive en el agua) con anaranjado de acridina (colorante) y descubrió que al se aplicar una fuente de luz sobre eses paramecios curados, ellos morían, pudiendo deducir entonces que esa unión de la luz con un determinado tipo de colorante era capaz de destruir microorganismos.

Nacía así la terapia foto-dinámica, cuja sigla en ingles es PDT - Photodynamic Therapy.

Durante muchas décadas los científicos estudiaron varios tipos de colorantes y percibieron que solamente algunos presentaban características especiales de foto sensibilización, o sea, son sensibilizados por la luz, se mantiene estable durante la irradiación luminosa y excitan el oxígeno presente en la área aplicada, formando un tipo de oxígeno excitado y llevando a la liberación de radicales oxidativos que destruyen los micro-organismos.

Estos colorantes fueron llamados de foto sensibilizadores y pasaron a ser usados para la obtención de efectos terapéuticos.

Estudios a mediados del *século XX* demuestran que la aplicación de foto sensibilizadores en tumores y la posterior irradiación de Laser terapéutico (soft Laser) hacia disminuir y, hasta desaparecer las células neoplásicas.

Fue en el final de la década de 1990 que el PDT lleo al Brasil y empezó a ser usada en el tratamiento de tumores, por el equipo del Dr. Guillermo Cestari Filho, del Hospital Amaral Carvalho, de Jaú, y de la Dra. Cacilda da Silva Sousa, do HC da USP de Ribeirão Preto.

En estudio reciente realizado por la Facultad de Medicina del ABC, en Santo André, estado de São Paulo, se aplicó el PDT en paciente con sarcoma de Kaposi y onicomicosis, consiguiéndose el desaparecimiento de las lesiones del sarcoma, bien como la negativación de la onicomicosis en todas las uñas.

En la podologia el PDT es utilizado, hasta el momento, en la terapia de onicomicoses, presentando excelentes resultados.

El procedimiento es simples y consiste en la limpieza de la uña y aplicación típica de un foto sensibilizador combinado con la aplicación de



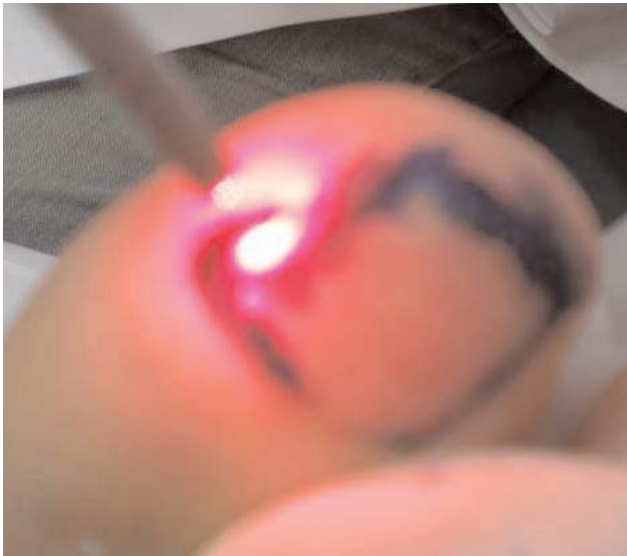
Laser de baja potencia (de 30 a 100mW) o Led rojo con 1W de potencia, que emite fotones de color rojo (ancho de onda de 660nm).

Las sesiones terapéuticas son de una o dos veces por semana y se repiten hasta el crecimiento de la uña sana, que varia de acuerdo con el tiempo de crecimiento de la uña de cada persona.

Las ventajas de esa terapia son las siguientes: no presenta toxicidad; no necesita de tratamiento combinado, a no ser que, a criterio del medico, sea prescrito un medicamento típico o sistémico y no presenta efectos adversos.

Muchos casos han recibido este cuidado y han presentado buenos resultados, todavía no se sabe si todos los tipos de hongos son sensibles a esa terapéutica y recomienda-se el acompañamiento multidisciplinar, medico y podologo,





para la realización del diagnóstico diferencial de otras enfermedades de la uña, con realización del examen micológico directo y de cultura de hongos. α

Podólogo Armando Bega

Coordinador do Curso de Graduação Tecnológica em Podologia
Universidade Anhembi Morumbi
Técnico em Podologia, Enfermeiro.
armando.bega@uol.com.br

Bibliografía

- Fotos: Armando Bega, Consultório.
- 1- SILVA, A.R. Análise das propriedades fotossensibilizantes do In (III)-mesotetrafenilporfirina para uso em terapia fotodinâmica; Tese de Mestrado, Instituto de Química, Universidade Estadual de Campinas, 2003. In: <http://biq.iqm.unicamp.br/arquivos/teses/vtfs000294016.pdf>
 - 2- TARDIVO, J.P.; et. Al. Revista da Soc. Bras de Laser - vol. 14, n.1/2006



EL ESTETICISTA



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

Diabetes Mellitus.

Folleto Educativo como Aporte para la Prevención.

Autores:

*Dr. Alberto Quirantes Hernández * - Dr. Jorge Jiménez Armada ***

*Dr. Vladimir Curbelo Serrano ** - Dr. Leonel López Granja ****

*Dr. Alberto Quirantes Moreno **** - Tec. Miriam Mesa Rosales ******

** Especialista de Segundo Grado en Endocrinología Jefe del Servicio de Endocrinología*

*** Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna*

**** Especialista de Primer Grado en Medicina Interna*

***** Residente de Segundo Año en Endocrinología - Hosp. "Hermanos. Amejeiras"*

****** ATD en Podología. Profesora de Área Práctica*

Hospital Docente Clínico-quirúrgico "Dr. Salvador Allende"

Municipio Cerro - Ciudad de la Habana - Cuba.

Resumen

Considerando que la educación diabetológica es la base fundamental para prevenir en los pacientes diabéticos las complicaciones, la mortalidad y los costos que pudieran derivarse de esta enfermedad, decidimos tomar de una investigación ramal oficial del Ministerio de Salud Pública el código de conducta para los pacientes diabéticos desarrollado por los autores de esta investigación e imprimirla en un folleto, vehículo idóneo por su bajo costo y la facilidad de su distribución, para que fuera distribuido de forma masiva entre los diabéticos de todos los niveles de salud como herramienta educativa.

Este código de conducta fue llamado "Las 7 Leyes del Éxito de Paciente Diabético" y constituye un mensaje compacto y sencillo que al repetirlo con frecuencia se convierte en el refuerzo constante de esta plataforma educativa que exhorta a los diabéticos, de forma razonable y bien argumentada, a que actúen de determinado modo para eliminar de la manera más completa posible los factores de riesgo que favorecen la aparición de las complicaciones, muchas de ellas graves y mortales, derivadas de su enfermedad, teniendo en cuenta, además, que apoya de forma importante la educación popular diabetológica de estos pacientes y de sus familiares. Otros países también se pueden beneficiar de este folleto ya que tiene la ventaja de su fácil distribución a través del formato digital.

Introducción

Al finalizar el año 2005, según datos oficiales del Ministerio de Salud Pública, existían en Cuba 356.850 diabéticos. Si por cada diabético cono-

cido pudiera haber al menos dos personas vinculadas al paciente por razones de parentesco y convivencia, se puede inferir que en nuestro país hay más de un millón de personas relacionadas con la diabetes mellitus, directa o indirectamente, en una población de 11.257.105 habitantes.

La diabetes mellitus es en muchos países el principal problema de salud y está alcanzando proporciones epidémicas (1). La Organización Mundial de la Salud resalta la importancia de que estos enfermos logren un mayor grado de autocuidado y de calidad de vida (2).

El objetivo de este trabajo es diseñar un folleto educativo, sumamente sencillo y económico, con un contenido de elevado nivel científico y pedagógico, que permite la educación diabetológica integral del paciente, sus familiares y del personal de salud relacionado con la enfermedad, para disminuir la mortalidad, las complicaciones, muchas de ellas graves y mortales, y los costos en la diabetes mellitus.

Material y método

Se diseñó un folleto educativo con "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético", un completo código de conducta para lograr un óptimo control de estos enfermos, expuesto en un programa desarrollado y propuesto para su generalización por el Grupo de Expertos del Programa Ramal de Salud "Calidad de Vida" del Ministerio de Salud Pública en su Taller de Cierre de proyectos ramales. (3,4,5).

Para el diseño del folleto se utilizó una computadora Pentium IV con el programa Word XP, con página horizontal de 8 por 11 pulgadas y la herramienta columnas. *

Resultados

Se adjunta el folleto educativo para la diabetes mellitus con "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético" y la forma en que se debe doblar para su entrega. **

Discusión

"Las 7 Leyes del Éxito del paciente Diabético" constituyen un mensaje compacto y sencillo que, al repetirlo con frecuencia, se convierte en el refuerzo constante de esta herramienta educativa que exhorta a los diabéticos, de forma razonable y bien argumentada, a que actúen de determinado modo para eliminar de la manera más completa posible los factores de riesgo que favorecen la aparición de las complicaciones derivadas de esta enfermedad.

Tal como se expresa en la Primera Ley, la educación diabetológica es de vital importancia para que el diabético pueda mantener un control adecuado de su enfermedad. Con esta educación, que se incrementa con la asistencia sistemática a la consulta médica, tal como lo dice la Segunda Ley, se consigue el cumplimiento de las restantes. (6,7).

En relación a la Tercera Ley que orienta sobre la necesidad de la asistencia mensual a la consulta de podología con el fin de prevenir el llamado "pie diabético" y a subsiguientes amputaciones, aquí se pueden tomar medidas oportunas en la prevención de esta complicación y reforzar la educación diabetológica del paciente.(8)

El diabético es más susceptible de padecer lesiones gengivales y dentarias y en la Cuarta Ley se enfatiza la necesidad de la visita mensual al estomatólogo con la explicación correspondiente.(9).

La Quinta y Sexta Leyes señalan la importancia de mantener un peso adecuado y de evitar el sedentarismo. Con el cumplimiento de estas leyes se controla y se previene la diabetes y sus complicaciones.(10,11,12,13).

La Séptima Ley prohíbe en los diabéticos el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción pues tales adiciones se presentan con un riesgo incrementado en los pacientes diabéticos y con facilidad provocan estados de conciencia alterados y graves deficiencias económicas que impiden prestar la atención necesaria al control de la enfermedad, favoreciendo la aparición de complicaciones vasculares al facilitar la vasoconstricción y la aparición de severas y a veces fatales hipoglicemias alcohólicas. (14,15,16,17).

Este folleto educativo es una forma económica, sencilla, de fácil divulgación nacional e interna-

cional que imparte orientación diabetológica masiva al contener un material educativo de elevado valor científico y pedagógico validado en la investigación sobre como elevar la calidad de la vida del diabético que se realizó durante cuatro años en una comunidad de más de 130,000 habitantes y cuya base fundamental consistió en instruir a los diabéticos estudiados en el cumplimiento de "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético" (3,4,5).

Con una sólida base científica este folleto, devenido en código unificador de acciones de prevención en la población diabética, es una valiosa herramienta que también sirve de orientación al personal de salud tanto en contactos individuales como para guiar reuniones de entrenamiento de pacientes diabéticos y de sus familiares y se convierte a su vez en una guía de auto-control de estos enfermos que les permite empeñarse en alcanzar el cumplimiento de las útiles orientaciones propuestas, que de forma notable elevaría la calidad de la vida del paciente diabético.

Conclusiones

La educación diabetológica del paciente diabético es el arma fundamental para aumentar la calidad de la vida de estos enfermos. Con esto en mente decidimos confeccionar un material educativo proveniente de una investigación científica ya validada y de comprobada efectividad, "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético", código unificador de acciones de prevención en la diabetes mellitus, e imprimirlo en formato folleto, plataforma de fácil distribución y muy bajo costo que contribuiría a mejorar la calidad de la vida de estos enfermos y disminuir la mortalidad, las complicaciones y los costos de esta enfermedad en cualquier país del mundo.

Impresión y doblado del folleto

* Para el armado de la revista hubo que hacer modificaciones del trabajo original y el formato de impresión de las páginas 10 y 11 es A4.

** Explicación de como doblar el folleto.

Imprimir las páginas 10 y 11 en A4 frente y verso.

Detrás de la Sexta ley deberá quedar impresa la Quinta ley.

Luego de imprimir las dos caras de la hoja, con la parte de la Segunda a la Quinta ley de frente, doblar la parte de Segunda y Quinta ley hacia adentro, quedando a nuestra vista la Primera y la Sexta ley, doblar nuevamente al medio, así quedara como primera página la parte donde esta el texto Folleto Educativo.

Sexta ley

**PRACTICAR
SISTEMÁTICAMENTE
ACTIVIDADES FÍSICAS
ACORDES CON LA
EDAD Y CON
EL ESTADO
DE SALUD**

La actividad física es una forma de mantener bajo control las cifras de la glicemia al aumentar el consumo de azúcar por los músculos.

La actividad física, cualquiera que sea su intensidad, facilita el gasto de energía y, por tanto, ayuda a la dieta en la reducción de peso.

El ejercicio físico también estimula la formación e inhibe la pérdida de hueso.

El ejercicio físico realizado regularmente también produce una mayor sensación de bienestar general.

Séptima ley

**LA LEY DEL NO:
- NO TABAQUISMO
- NO ALCOHOLISMO
- NO DROGADICCIÓN**

En la diabetes mellitus la práctica de cualquiera de estos estados adictivos adquiere una dimensión nociva agigantada ya que se produce un abandono en el cuidado de esta enfermedad al provocarse estados de conciencia alterados así como una afectación en la economía personal y familiar.

Se afecta notablemente la circulación sanguínea con el uso del tabaco o de la cocaína y sus derivados, Se favorecen las infecciones inoculadas con el uso frecuente e inapropiado de inyecciones endovenosas como es el caso de la heroína que también traumatizarían repetidamente las valiosas venas del diabético y se provocarían, a veces con resultados fatales, las hipoglicemias alcohólicas.

CENDA Reg. No. 2201-2007

FOLLETO EDUCATIVO

**LAS 7 LEYES DEL ÉXITO
DEL PACIENTE
DIABÉTICO**

Por:

Dr. Alberto Quirantes Hernández

Dr. Leonel López Granja

Dr. Vladimir Curbelo Serrano

Dr. Jorge Jiménez Armada

Dr. Alberto Quirantes Moreno

Pdga. Miriam Mesa Rosales

Hospital docente

"Dr. Salvador Allende"

Municipio Cerro

Ciudad de la Habana - Cuba

Es un mensaje compacto y sencillo que, al repetirlo con frecuencia, se convertirá en el refuerzo constante de esta herramienta educativa que exhorta a los diabéticos, de forma razonable y bien argumentada, a que actúen de determinado modo para eliminar, de la manera más completa posible, los factores de riesgo que favorecen la aparición de las complicaciones, muchas de ellas graves y mortales, derivadas de esta enfermedad.

Primera ley

**EDUCACIÓN
DIABETOLÓGICA
PARA EL PACIENTE
Y SUS FAMILIARES**

La educación diabetológica es un arma preciosa en el arsenal terapéutico del paciente diabético y por eso la colocamos en primer lugar.

El paciente educado en lo que significa su enfermedad brindará a los distintos niveles de salud en que será atendido una valiosísima cooperación que se revertirá en que su salud se mantenga en condiciones óptimas.

Además de que conocerá de manera perfecta como afrontar las distintas contingencias que se le puedan presentar en el curso de su vida aun cuando no tenga un médico a su lado. Una familia conocedora de lo que es la diabetes será manantial inagotable de comprensión en la vida de estos enfermos.

Segunda ley

ASISTENCIA TRIMESTRAL A LA CONSULTA MÉDICA DE CONTROL

Aquí se identifica precozmente cualquier problema de salud que pueda presentar el diabético, a que el paciente tenga acceso oportuno a cualquier otra especialidad en que necesite ser atendido, a la realización de las investigaciones complementarias que se precisen, a la verificación del control metabólico del propio enfermo y a determinadas y repetidas acciones educativas por parte del médico y del personal de enfermería ayudante.

Tercera ley

ASISTENCIA MENSUAL A LA CONSULTA DE PODOLOGÍA

La principal causa de ingreso hospitalario del paciente diabético en muchos países son las lesiones ulceradas de los pies. El llamado pie diabético es la primera causa de amputaciones no traumáticas en el mundo. Es crucial para los diabéticos la visita sistemática a la consulta de podología pues en esta especialidad se realiza un examen directo y minucioso de los pies y en etapas tempranas se pueden tomar medidas oportunas sobre las mas sencillas alteraciones que puedan aparecer en los miembros inferiores sumado a la labor educativa constante del podólogo en las repetidas visitas del paciente diabético.

Cuarta ley

ASISTENCIA SEMESTRAL A LA CONSULTA DE ESTOMATOLOGÍA

La visita al estomatólogo de forma preventiva puede evitar o detectar a tiempo lesiones sépticas bucales de diferentes causas, caries dentales, enfermedad periodontal, etc., que de existir de forma mas o menos inadvertida establecería una negativa relación con niveles elevados de la glicemia, lo que a su vez permitiría la aparición o agravamiento de las complicaciones derivadas de las hiperglicemias mantenidas.

Quinta ley

ALCANZAR Y/O MANTENER EL PESO IDEAL SIGUIENDO LA DIETA INDICADA

Pregúntele a su médico cual es su peso ideal.

El paciente debe mantener una alimentación saludable que le ayude a alcanzar el peso ideal que se le ha calculado.

El exceso de peso corporal contribuye a que se mantengan glicemias elevadas y a la aparición de nuevas enfermedades asociadas con la obesidad tales como la hipertensión arterial, el aumento de las grasas de la sangre, lesiones en las articulaciones que soportan el peso, trastornos circulatorios, etc.

Bibliografia

- 1- Ahman,A.J.: Guidelines and performance measures for diabetes. Am J Manag Care 2007; 13(2 suppl):41-6.
- 2- Alleyne,G.: La diabetes: una declaración para las Américas. Bol Of Sanit Panam 1996; 12(5):461-6.
- 3- Quirantes Hernández,A., López Granja,L., Curbelo Serrano,V., Montano Luna,A., Machado Leyva,P., Quirantes Moreno,A.: La calidad de la vida del paciente diabético. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(1):50-6.
- 4- Quirantes Hernández,A., López Granja,L., Curbelo Serrano, V., Jiménez Armada,J., Tubau Campos,F., Quirantes Moreno,A.: Resultados sobre mortalidad, complicaciones y costos en la diabetes mellitus. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(3):227-32.
- 5- Quirantes Hernández,A., López Granja,L., Curbelo Serrano,L., Jiménez Armada,J., Quirantes Moreno,A., Mesa Rosales,M.: Programa "Mejorar la calidad de la vida del paciente diabético". Resultados finales sobre mortalidad. Rev Cubana med Gen Integr 2005;21:1-10.
- 6- Menard,J., Peyette,H., Dubuc,N., Baillargeon,J.P., Maheux,P., Ardilouze,J.L.: Quality of life in type 2 diabetes patients under intensive multitherapy. Diabetes Metab 2007;33(1):54-60.
- 7- Thomas, P.D., Miceli,R.: Evaluation of the "Know Your Health" program for type 2 diabetes mellitus and hypertension in a large employer group. Am J Manag Care 2006;12:SP 33-9.
- 8- Anichini,R., Zecchini,F., Cerretini,I., Meucci,G., Fusilli,D., Alviggi,L., Seghieri,G., DeBellis,A.: Improvement of diabetic foot care after implementation of the international Consensus on the Diabetic Foot (ICDF): results of a 5-year prospective study. Diabetes ResClin Pract 2007;75(2):153-8.
- 9- Mattout,C., Bourgeois,D., Bouchard, P.: Type 2 diabetes and periodontal indicators: epidemiology in France 2002-

2003. J Periodontal Res 2006;41(4):253-8.
- 10- Rizvi,A.A.: Management of diabetes in older adults. Am J Med Sci 2007;333(1):35-47.
- 11- Boer,I.H., Sibley,S.D., Kealenbaun,B., Sampon,J.N., Young,B et al.: Central obesity, incident microalbuminuria and change in creatinine clearance in the epidemiology of diabetes intervention and complications study. J Am Soc Nephrology 2007;18:235-43.
- 12- Edelstein,S.R., Lachen,S.M., Bray,G.A. Delahanty,L., Hoskin,M. et al.: Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes. Diabetes Care 2006;2102-07.
- 13- Smith,T.C., Wingard,D.L., Smith,B., Kritz-Silverstein,D., Barrett-Connor,E.: Walking decreased risk of cardiovascular disease mortality in older adults with diabetes. J Clin Epidemiol 2007;60(3):309-17.
- 14- Meisinger,C., Doring,A., Thorand,B., Lowel,H.: Association of cigarette smoking and tar and nicotine intake with development of type 2 diabetes mellitus in men and women from the general population: the MONICA/KORA Augsburg Cohort Study. Diabetologia 2006;49(8):1770-6.
- 15- Mukamal,K.J.: Hazardous drinking among adults with diabetes and related eye disease or visual problems: a population-based cross-sectional survey. Ophthalmic Epidemiol 2007;14(1):45-9.
- 16- Nyenwe,E.A., Loganathan,R.S., Blum,S., Ezuteh,D.O., Erani,D.M., et al.: Active use of cocaine: an independent risk factor for recurrent diabetic ketoacidosis in a city hospital. Endocr Pract 2007;13(1):22-9.
- 17- Ng,R.S., Darko,D.A., Hillson,R.M.: Street drug use among young patients with type 1 diabetes in the UK. Diabet Med 2004;21(3):295-6. □

DR. ALBERTO QUIRANTES HERNÁNDEZ
 Emai: alberto.quirantes@infomed.sld.cu

FISSURAS:

PORTA DE ENTRADA PARA INFECÇÕES!

O tratamento com HomeoPast além de preventivo, elimina asperezas e fissuras já existentes.



RESULTADOS SURPREENDENTES!

HomeoPast

O Legítimo Creme para Fissuras!

Altamente Hidratante e Cicatrizante

Contém Extratos de Plantas Medicinais

Mantém os pés sempre lisinhos

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

Um descanso para os pés!



Tenha todos os nossos produtos em sua clínica!

Nova Embalagem!



Loção Emoliente	Hidratantes com Cera de Abelha e Silicone	Gel Hidratante Calmante	Creme para Fissuras	Amolecedor de Cutículas	Loção Hidratante c/ Mentol
-----------------	---	-------------------------	---------------------	-------------------------	----------------------------

Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.

Distribuídos por:



PODOLOGIA ESTÉTICA

Novo Telefone:

(11) 6604-3030

www.homeomag.com.br

atendimento@homeomag.com.br

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL



HomeoFeet

Protetor para hidratação

Novidade!

PONTOS DE VENDA PARA PROFISSIONAIS **Belo Horizonte/MG:** Podoplus (31) 3292-8507 **Campinas/SP:** CAP (19) 3237-5396 **Campo Grande/MS:** Prisma Cosméticos (67) 3384-2355 **Curitiba/PR:** Casa Costa (41) 3016-1141 **Florianópolis/SC:** Wed (48) 3224-1626 **Fortaleza/CE:** SR Bastos (85) 3226-7492 **Porto Alegre/RS:** D&D (51) 3227-6767 **Rio de Janeiro/RJ:** Podoplus (21) 2254-1394 **Santo André/SP:** Podoplus (11) 4972-3857 **São Paulo/SP:** Metalúrgica Freitas (11) 3672-2469 / Podoshopping (11) 5562-9053 / Podomel (11) 3106-3152

Saúde e Beleza: Estética, Podologia e Visagismo e Terapia Capilar. Os novos cursos da Escola de Saúde e Bem-Estar da Anhembi Morumbi.



A Escola de Saúde e Bem-Estar da Anhembi Morumbi foi criada em sintonia com o futuro e inspirada nas melhores escolas internacionais. Na área de Saúde e Beleza são três cursos inovadores que formam profissionais preparados para o mercado: Estética, Visagismo e Terapia Capilar e Podologia. Em todos os cursos os alunos contam com uma infra-estrutura completa, como o SPA Saúde, aulas práticas e professores altamente qualificados, além de serem preparados para atender os indivíduos em sua forma plena: estar bem, sentir-se bem e parecer bem.

- **Graduação**
Estética
- **Graduação Tecnológica**
Podologia • Visagismo e Terapia Capilar

**Inscreva-se no Processo Seletivo 2008
e estude na Escola de Saúde
e Bem-Estar da Anhembi Morumbi.**

www.anhembi.br 0800 015 9020



Mundialmente criativa e inovadora
Laureate International Universities

Tacos y remedios

Lic. Virginia Fedrizzi. Brasil.

La relación de las mujeres y hombres con los tacos altos vienen de hace tiempo, algunos registros fechan de 2000 a.C., donde en las sociedades antiguas, los hombres cazaban y proveían el lar y las mujeres creaban, educaban y alimentaban sus familias, presumiendo una división de tareas sin desigualdades.

Debido a la altura de estos, pasaran a disminuirlos, gradualmente de tamaño, siendo entonces confeccionados con materiales mas leves y amarrados a los pies y, con auxilio de otras personas, se mantenían en lugar de destaque delante todos y también conseguían participar de las festividades.

Por mucho tiempo el zapato otorgaba protección para los pies y en algunas sociedades también representaba la clase social al que el usuario pertenecía, en otras el zapato definía el hombre libre, de los esclavos.

La idea de los pedestales recorría el mundo antiguo, como en Venecia adonde las damas de la nobleza para escapar del fenómeno de la "Agua Alta", utilizaban altas estructuras en los pies, las primeras "plataformas", imposibles de caminar sin apoyo, y mismo así cada vez mas la altura se tornaba un símbolo de status.

Los reyes franceses denominados Luizes utilizaban los tacos como una importante pieza de su vestuario como forma de mostrar simbólicamente su superioridad, conocidos hasta hoy los famosos tacos Luiz XV.

Hablar en tacos altos sin intentar hacer rayo x en el pie en cuestión, en el momento del uso se puede tornar en una especie de retórica. En la practica, lo que podría estar ocurriendo en quien usa este estilo de taco, con la intención de compartir experiencias sobre lo que puede estar ocurriendo físicamente en ese momento y proponer una perspectiva mas realista basada en atención a clientes que tiene dificultades en encontrar calzados, consecuencia de las elecciones hechas cuando mas nuevas.

Frecuentes son las dudas sobre hasta que punto puede ser verdad todo lo que se escuche y lee a respecto de ese estilo que encanta mujeres, que mientras son jóvenes se recusan a pensar en las consecuencias dependientes de las elec-

ciones que vienen haciendo y que van a sufrir en el futuro.

La altura ideal de los tacos para el uso diario

Algunos ortopedistas recomiendan el uso de tacos de aproximadamente 2 a 3 cm, porque seria la altura considerada ideal, según los estudios científicos, para iniciar la caminada. Esta especie de "plataforma de lanzamiento" reducirá el esfuerzo que tendría toda vez que se iniciase un paso y el movimiento de caminar a lo largo del mismo, pero en menor intensidad, hasta terminar el movimiento.

Este esfuerzo podría estar relacionado con desgastes y deformaciones en regiones específicas del pie, tobillo, rodillas, piernas y espaldas.

Importante el uso del taco, pero igualmente es importante entender anatómica y ortopédicamente cuales efectos que los mismos pueden causar.

Quien siempre usó tacos altos no pueden usar tacos bajos

No seria verdad. Lo que estaría ocurriendo al pie y pierna seria una especie de atrofiamiento temporáneo de toda la musculatura, ligamientos, nervios y además partes posteriores de la pierna habituada al uso de tacos altos.

Así, el tanto de altura que el taco estaría evitando hacer para que el pie no toque en el piso, seria el tamaño del objetivo de quien esta queriendo usar calzados bajos sin dolor.

O sea, trabajar en la recuperación de esas partes a través del alargamiento, fisioterapia, masajes, gimnasia, con orientación, para que sea posible volver a los pocos a contar con el funcionamiento de la pantorrilla, pierna y consecuentemente el restante del cuerpo, sin dolor.

El uso del taco alto produce várices

Hasta hace poco se supo que era mejor evitar el uso de calzados con taco alto pero, a través de una criteriosa pesquisa hecha durante dos años por el profesor y cirujano vascular del Hospital de las Clínicas del Unicamp, en Campinas (SP-Brasil), tendríamos otra realidad.

El Dr. João Poterio Filho dice: "Con el elevamiento del talón, los músculos de las piernas hacen mas fuerza, ayudando así a disminuir la



Mag Estética

Beleza feita com Arte

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Seja um profissional de sucesso

Uma carreira bem-sucedida exige boa formação profissional

Pioneira no ensino de maquiagem definitiva, a Mag Estética é hoje uma escola referência em cursos de Estética & Beleza no país. Esse é o resultado de mais de 25 anos dedicados ao ensino dos cuidados com a beleza. Venha para a Mag Estética e garanta seu espaço nesse rentável mercado.

O curso que você procura está aqui



Cursos Técnicos: reconhecidos pelo MEC, são a escolha certa para você que deseja adquirir habilitação profissional em cursos que vão do básico ao avançado.



Cursos Livres: nesses cursos rápidos de qualificação você pode escolher os melhores dias e horários para estudar. Uma forma eficaz de profissionalização para quem não tem tempo a perder.



Eventos: a especialização que você precisa está nas palestras e jornadas de aprimoramento ministradas por nossa equipe. A maneira certa de estar constantemente atualizado na profissão.



Produtos: diversidade e qualidade em produtos para esteticistas, micropigmentadores, manicures, podólogos, cabeleiros e outros profissionais da beleza.

Assim como aqui na loja para saber a relação completa de cursos, produtos e eventos.



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

www.magestetica.com.br

Tel.: (11) 6161-7763

presión en las venas, que normalmente provocan las hinchazones, independientes de tener o no la flexión en los pies", e indica el difícil y lento retorno de la sangre como causador de várices.

Relación del uso de tacos altos con el dolor de espaldas

Fisiológicamente el caminar de los seres humanos no necesita de ningún tipo de artificio para poderse locomover, a no ser del uso de sus propias piernas.

Tanto es verdad que el acto de caminar depende de que la persona tenga los miembros en condiciones y bondad de hacerlo, no dependiendo de estar usando algún tipo de calzado en los pies.

Importante observar el pie en detalles internamente, para empezar a comprender mejor esta estructura compleja, responsable por la sustentación del cuerpo humano parado y en movimiento.

En un cuerpo saludable, normalmente ocurre que cuando se está de pie, el eje de equilibrio recae en el calcáneo, la región de los metatarsos sirven de apoyo para que el cuerpo no caiga para adelante. Cuando el taco alto propone una altura mayor en la parte de atrás (calcáneos), sería



automática la pendencia del cuerpo para adelante y que instintivamente inclinamos los hombros y los miembros superiores para atrás manteniendo la región comba en curva acentuada, mudando mucho la posición de la estructura original y fisiológica.

En estas condiciones el pie es también muy exigido a realizar movimientos de sustentación, caminar, correr, saltar, danzar, etc. Diferentes de aquellos naturales a su estructura.

Cadeira Máster para Podologia www.ferrante.com.br

Opcionais:

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

CADEIRAS GENNARO FERRANTE LTDA.
Vendas: R. Independência, 661 - CEP 01524-001 - Cambuci - S. Paulo - SP
Grande São Paulo: (11) 6163-7815 - Demais localidades: DDG 0800 11 7815
Fax: (11) 6163-8580 - www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

FERRANTE
Marca de profissionais desde 1928

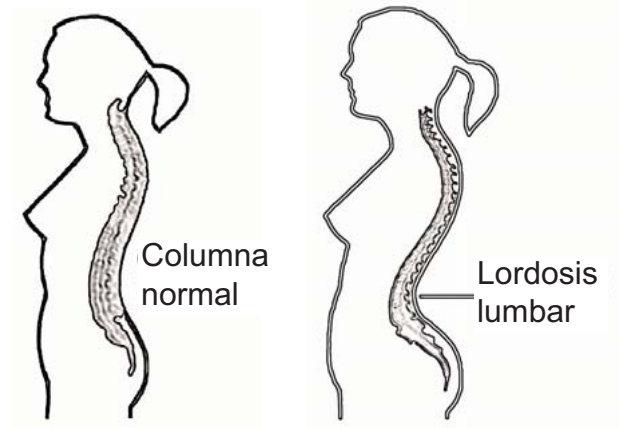


Correcta

Alterada

Se estaría así, en algunos casos adicionando al pie además de la realidad del taco alto, puntas finas o estrechas, diferentes de la anatomía del pie, alteración que consecuentemente también ocurriría con otras partes del cuerpo.

Cuando se utiliza el taco alto, en las primeras veces hay un desconforto inicial, un mixto de ale-



gría y sensación de placer en tener de se equilibrar arriba de algo tan diferente de su realidad hasta entonces, consenso tácito entre las mujeres que considerarían este tipo de situación apenas como algo con lo cual "habituarse".

Según ellas lo que vale mismo es el efecto que se tiene en la silueta, el arrendondado lumbar, otro consenso que estaría fuertemente vinculado al tipo físico de la brasilera.

En este punto que, todavía jóvenes legiones de mujeres se disponen a entrenar su capacidad para no dispensar mas del taco, aceptando ser algo natural, el sacrificio a que están sujetas, por motivos inconscientes ligados principalmente a padrones estéticos y de moda.



MICROMOTOR MF 2.000 Plus

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

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

Micromotor
e Suporte

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!

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

Psicologia

Manicure

Prótese

Estética

Veterinária

Dermatologia

Ótica

Ferramentaria



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

mf Freitas
METALÚRGICA

Center Freitas: (11) 3672-2469

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

Casi siempre cuando aparecen ampollas, hinchazones, calambres, callosidades, deformación de los dedos y dolores en el pie, pantorrilla, rodillas, podrían estar sirviendo de alerta para algo que no estaría funcionando bien y que todavía en esa fase no tendría efectos graves y suficientemente visibles. Con el pasar del tiempo, a través de los contactos con mujeres arriba de los 40 años, lo que generalmente ocurre es el arrepentimiento por las elecciones de sus calzados, mal orientadas e impulsivas en el periodo de la juventud.

Bastaría observar e intentar entender si sería apenas una coincidencia o entonces investigar el porque de la opción del calzado mudar radicalmente para el uso de tenis o otros modelos confortables en los días siguientes al uso de tacos altos.

El pie se hincha cuando se usan tacos altos

El uso de tacos altos exige un esfuerzo de todas las articulaciones de los pies, tobillos y piernas, por el tipo de postura que el cuerpo asume, este aspecto ya viene siendo abordado por especialistas de varias áreas.

Usando la danza como ejemplo de esfuerzo, no para un profesional del área, acostumbrado a ejercicios y trabajo muscular, pero para el caso de personas normales que salen para bailar con tacos altos. Para este tipo de "actividad extra", ellas podrían estar aumentando los esfuerzos de toda la estructura del cuerpo para conseguir realizar los movimientos que están siendo impuestos a ella.

Como para cualquiera otra parte del cuerpo donde tendría la exigencia de un movimiento repetido a la cual no se tuviera preparado, probablemente la consecuencia sería la de dolores, hinchazones y hasta lesiones. En el caso del pie,



que en peral es una estructura prácticamente sin gorduras, con un sistema integrado de músculos, nervios, ligamentos, huesos, venas, en fin, un engranaje para la locomoción, la hinchazón es un indicio que deba ser investigado.

El calzado podría ser el responsable por la hinchazón de los pies, pero no apenas por la altura del taco, pero por el tipo de taco, también por el ancho de la forma, tipo de empeine, materiales del que fue hecho, además de la actividad que se esta haciendo con el tipo de calzado elegido.

Quemazón abajo del pie, debajo de los dedos y la aparición de ampollas

La aparición de ampollas se debería al atrito/fricción al que la piel tendría sido sometida cuando no existe espacio suficiente para que ella se expanda pudiendo realizar el movimiento deseado. Inicialmente hay un pequeño enrojecimiento de la piel que puede aumentar causando el descolado de la piel por la irritación hasta lastimar el tejido.

El estadio inicial de ese proceso sería la sensación de quemazón, algunas veces provocada por el atrito que el pie, con o sin medias, sufre contra la plantilla adentro del calzado. En algunos casos el forro de la plantilla, siendo de material sintético, por ejemplo, aumentaría mas la propensión a la formación de bollar y machucados en los pies, pues no tendría la absorción natural del sudor por que el material no tiene esta característica y el pie permanecería resbalando dentro del calzado.

Existen alternativas para estos casos, una de ellas sería trocar la plantilla para materiales como el cuero, o usar medias-plantillas acolchadas, propias para esta región de mayor atrito para aliviar la incomodidad del pie.

Opciones para quien necesita usar tacos altos

Siguen algunas sugerencias para auxiliar en la evaluación de sus elecciones:

1. En el momento de la elección de un modelo mas adecuado a su trabajo, la sugerencia es prestar atención al uso que le va a dar, recordar del día-a-día con el calzado.
2. Evaluar cuanto tiempo es que se debe andar de tacos altos. Imaginate que el deber se coloca arriba del poder y estar usando algo que, por falta de atención a la importancia del confort de los pies, pueda estar perjudicando hasta mismo su desempeño en el trabajo
3. Existen modelos de tacos bajos que pueden ser usados en el ambiente de trabajo como las

zapatillas y los zapatos de punta mas fina o en formatos arredondados, con tacos de 3 a 4 cm de altura que no dejan nada a desear en termos de belleza y moda.

4. Elegir modelos que favorezcan al formato del pie. Con atención, es posible identificar modelos que se asemejan a la largura de los pies de la región de los metatarsos, o todavía modelos que no comprimen los dedos a pesar de tener punta fina.

5. Los tacos de los calzados deben ofrecer estabilidad y seguridad, no deberían dar la sensación de balanza cuando parado, y el es la base donde va a ser apoyado el peso del cuerpo.

6. Los materiales como cuero son recomendados para forro y cabezal, por que siendo pieles naturales, permitirían el cambio de temperaturas. El sudor evapora por la transpiración del material cuando en reposo, disminuyendo la sensación de calor excesivo en los pies.

7. Alongamientos son recomendados para las áreas mas exigidas de los pies y piernas, debido a la tensión de toda musculatura para mantenerse en pie y en movimiento arriba de los tacos.

8. La musculatura de los pies, pantorrillas y piernas deberían ser masajeadas constantemente para auxiliar en el relajamiento de esas partes muy exigidas.

9. Se recomienda también poner las piernas

para arriba al final del día, para descanso y alivio de la sensación de presión en las piernas, ayudando la circulación sanguínea.

10. Analizar su zapatería y optar por los calzados que no exigirían un esfuerzo extra para el uso en el trabajo, siendo recomendable deshacer-se de los demás para evitar sorpresas desagradables en la anatomía tanto del pie cuanto a del propio cuerpo, en un futuro próximo.

Aparentemente, no existiría una relación entre los tacos de los calzados y los remedios para tratar problemas de salud, como sugiere el titulo de ese artigo. Mas existe, y ella esta en la dosis !

Ambos podrían ayudar en la mejoría física, emocional y hasta psicológica, o perjudicarían la salud, de forma hasta irreversible, en algunos casos.

La orientación es: observar, investigar, testar y actuar a favor de la salud como un todo, partiendo del cuidado con los pies.

Nos encontramos en el próximo artículo !

Virginia Fedrizzi
Consultora em Calçados
vfedrizzi@terra.com.br



Feet Center **Produtos 100% Gel Polímero**

Importador e Distribuidor Suavepie no Brasil



Entrededos de Gel Puro



Tubos Recortáveis



Almofada Interfalângica



Almofada Metatarso Falângica



Anel com Gel



Separador Interdigital



Calcanheira de Gel



Anel Corretivo



Dedal de Gel Puro



Protetor de Joanetes



Atadura Metatarsal

Feet Center - Importação, Exportação e Comércio.

Email: - feetcenter@hotmail.com

Fístulas e Higromas en los Pies.

Podóloga Lafont y Podóloga Pechin. Francia.

He aquí un tema banal y complejo a la vez. Banal porque en podología el higroma o la fístula se encuentran muy corrientemente, y complejo porque cada uno de los casos que enfrentamos nos ofrece un problema muy particular.

El estudio debe hacerse en función a:

- su localización
- evolución
- estado de la piel
- y las complicaciones que puedan sobrevenir.

Algunas veces el tratamiento dará un resultado espectacular, casi milagroso. Otros la recidiva nos llevará a la fase inicial.

En efecto, según Leriche, "Toda operación que no logre destruir la causa, será infaliblemente destinada al fracaso".

ETIOLOGÍA

En primera instancia la causa esencial es un microtraumatismo repetido. Motivo muy evidente, siempre ligado a causas secundarias. El hombre civilizado está obligado a calzarse, pero debiera hacerlo en forma tal de no someter sus pies a una presión rígida y sostenida.

El problema se complica cuando, además, existen deformaciones óseas de origen estático-congénitas, a nivel de los cuales se ejerce una presión máxima.

LOS MICROTRAUMATISMOS

La repetida hiperpresión, unido a las fricciones laterales y transversales del zapato, provocan una irritación en el tejido celular interno y a su vez la epidermis sufre una hiperqueratosis. Continúan las presiones que, en una segunda etapa, laceran los tejidos conjuntivos, dando origen a un pseudo higroma, afección tórpida en un principio, dolorosa después y, por último, inflamatoria.

La formación de la bolsa serosa, como defensa del organismo, representa una cubierta que cuando se lesiona provoca una fístula.

PERTURBACIÓN ESTÁTICA DEL PIE Y DE LOS DEDOS

Toda deformación del pie, ya sea de origen con-

génito o suscitado, constituye un punto de partida para la hiperpresión y, por ende, para la inestabilidad, motivo de una actitud viciosa que recaerá sobre la arquitectura y la fisiología funcional del pie. Presión, más deformación, son las razones íntimamente ligadas a las lesiones microtraumáticas, en donde la fricción llega a su punto máximo. Vale decir que los factores desencadenantes de esta afección son agentes mecánicos y químicos de orden externo.

A pesar de los progresos de la higiene y la educación moderna, aún se encuentran pies desaseados en un gabinete de podólogo. Pero son los ancianos y los alcohólicos quienes presentan mayores dificultades sobre su piel, mal irrigada, seca, débil, muy descamada, lábil, con problemas tráficos importantes en uñas frágiles o rotas. Entre los casos con mayores alteraciones, en su estado general se encuentran los diabéticos, los artríticos, los arterioescleróticos, etc. con problemas agravados y debilitados por trastornos neurovegetativos.

En resumen, el estado del pie y de la piel -muy particularmente juegan papeles primordiales en la defensa de una epidermis inhibida de reaccionar ante cuerpos extraños y corrosivos, que harán procesos de aceración, fistulizaciones y, en última instancia, necrosantes en las zonas profundas y en los espacios subyacentes. Los corrosivos provocarán la maceración de las placas córneas y destruirán las papilas dérmicas vecinas. Una reacción congestiva del tejido interno favorecerá al traumatismo y a la formación de un higroma. Si éste ya existiera, irá al absceso.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

"Las heridas inflamadas a su alrededor no cicatrizarán hasta el cese de la inflamación. Las zonas circundantes se oscurecen, sea por la afluencia sanguínea, sea por alguna várice inflamada. Y no volverán a la normalidad, hasta que las zonas de alrededor no se haya sanado".

El estado anatomopatológico de las fístulas demuestran que, en si, no son la enfermedad, sino la consecuencia de una enfermedad.

La fístula puede definirse como un proceso anormal sin posible tendencia a la curación espontánea, por estar íntimamente ligada al ciza-

llamamiento, o fricción de la piel del dedo.

Puede ser congénita y la consecuencia de una involución embrionario. Lo más frecuente es que un arco bronquial no haya evolucionado y transformado para constituirse en un órgano propio de su naturaleza, como el oído, la laringe, los grandes vasos del corazón, etc.

Si las comunicaciones intraauriculares o aórtico-pulmonares son las más conocidas de todas, no hay que olvidar que las fístulas del cuello pueden comunicar o no con el oído, la boca, la laringe, y que ya en la segunda semana de la vida embrionario deben aparecer, y que son los vestigios de esos arcos. Herencia de los peces, que en los mamíferos, las aves y a posteriori el hombre, debieron ceder lugar poco a poco a los órganos apropiados. Estas fístulas embrionarias tienen un largo trayecto regulado por las células de los arcos bronquiales. En consecuencia, están perfectamente construidas.

Hay otras fístulas que son específicas de las enfermedades que acompañan, y que aparecen recubiertas por células patológicas, testimonio de los procesos mórbidos iniciales. Son las fístulas tuberculosas, sifilíticas, actinomicóticas, esporotricósicas, cancerosas, etc. El examen microscópico de una porción cualquiera de su estructura presenta células gigantes (tuberculosis, sífilis). Reproducen el cáncer inicial o de células filamentosas (en la actinomicosis y la esporotricosis).

En todos estos casos la fístula no es solamente un medio recolectar de secreciones o de pus, sino la expresión de un momento en la evolución de la enfermedad, que se proyecta hacia otros tejidos. En efecto; poco a poco, se modifican en un resumiendo con drenaje al exterior en forma de úlcera, que tienden a la destrucción de los tejidos vecinos, merced a las células patógenas, u otras, que tapizan todo el trayecto fistular. Podemos decir, entonces, que estas fístulas no son el fin, sino el principio de una invasión que desborda regiones intactas hasta entonces.

Más comunmente aparece la fístula al final de un proceso infeccioso, consecuencia de pequeñas escoriaciones cutáneas por el roce, o por la aplicación indebida de queratolíticos corrosivos, en cuyo periodo agudo actúa como sopapa que succiona, para cerrarse aparente o definitivamente, según que dicha infección haya desaparecido o no, de acuerdo con el agente inicial desencadenante.

Podemos decir que el elemento microbiano determinante es, preferentemente, el estafilococo, huésped normal de la piel, cuya virulencia se

agrava por la falta de higiene, las perturbaciones estáticas y los traumatismos repetidos.

CONSTITUCIÓN DE LA FÍSTULA O EL HIGROMA

A lo largo del estudio anatómico de una dureza fistular podemos seguir su evolución. Se sitúa en un punto particularmente agredido por el calzado. "Es la expresión más frecuente de esta patología producida por presión", según la definición también Lelievre. Las durezas plantaras muy raramente se fistulizan. En las que tienen tendencia a la región pulpar o retrocalcánea, acompañadas por un principio de esfacelo, el pus que complica la infección no puede exteriorizarse, sino por una fístula o higroma. Este es el fin obligado de un largo y duro camino de la serosidad o del pus que se forma y que, bloqueados en las capas profundas por el apoyo ósteo-tendinoso, no tiene otra salida que hacia el exterior de levantar ulteriormente el opérculo córneo (fig. 1).

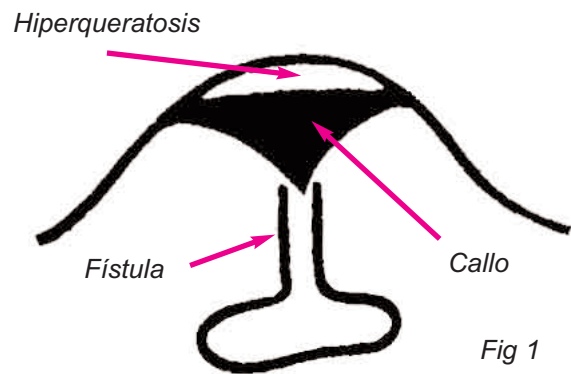


Fig 1

Ante esta alternativa, la terapéutica es el elemento salvador. Fácil es imaginar lo que ocurriría si no se seccionara la membrana que recubre el tapón. La infección se difundirá por todo el dedo, siguiendo un proceso normal de avance a lo largo de los planos de clivaje tendino-musculares, para inundar luego los espacios intercelulares de la planta.

La fístula aparecerá entonces como última expresión de un proceso infeccioso, pero también como una creación artificial por el instrumental del podólogo.

El pus o la secreción purulenta que drenará con el final de la inflamación provocada por la movilización de las defensas del organismo, merced a la vasodilatación arterio-capilar, acompañada de exudación serolinfática a través de los mismos vasos.

Queda construido el edema por la tumefacción de los tegumentos, y el dolor completará la tétada de Celso: "rubor, calor, tumor y dolor". Como

debajo de la dureza encontrarnos el punto más traumatizado, 1° exudación linfoplasmática en esa región será mucho mayor. Por distensión de los tejidos vecinos, el líquido plasmático originará poco a poco una cavidad cuya única solución será la evacuación.

Las presiones laterales y verticales ejercidas por el calzado, y la fluctuación del pie durante la marcha, producirán un derrame que, al principio, será entre la dureza y la epidermis; o sea, entre dos superficies de distinta consistencia (fig. 2). En otros casos, la colección se va a formar más profundamente en los tejidos de la hipodermis (fig. 3). Puede presentarse una bolsa serosa aislada o asociada a la precedente, dando lugar a un higroma subdérmico (una ampolla), si las dos bolsas serosas coexisten (fig. 4).

LA CAVIDAD SUBQUERATÓSICA

Mas vulgarmente, bolsa serosa.

Anatómicamente son cavidades serosas, puesto que están constituidas por un apoyo de células planas recubiertas por una membrana conjuntiva (fig. 5). Los higromas con complicaciones de durezas córneas no responden a esta definición, sus paredes no están tapizadas por células planas. Son falsas bolsas serosas.

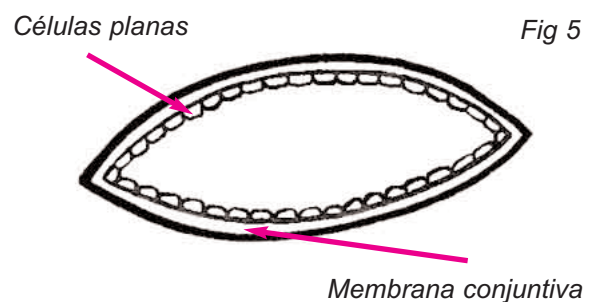
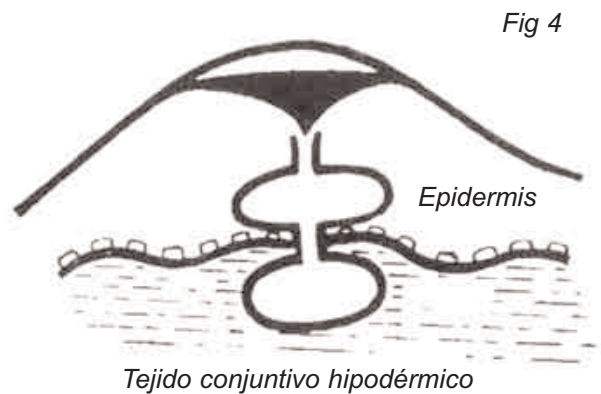
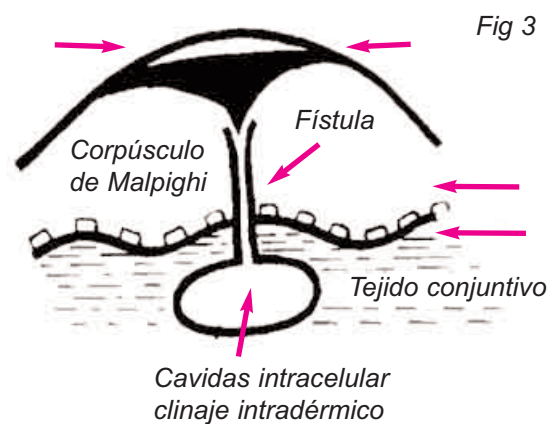
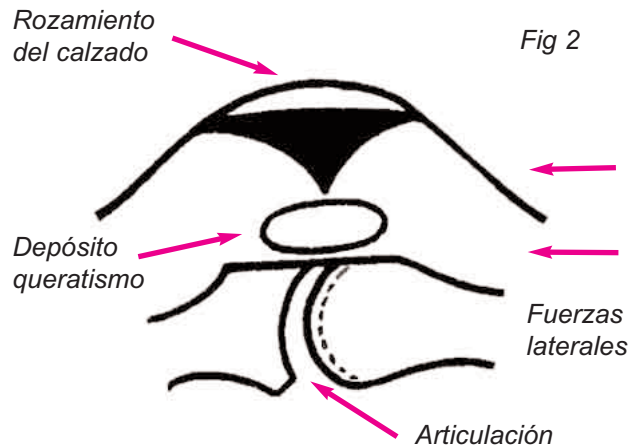
Clínicamente se las denomina higromas, pero se las debe considerar pseudohigromas. Estos no son lo mismo que los situados bajo la 1° cabeza metatarsiana y/o detrás del calcáneo. Estas son las auténticas bolsas serosas normales, colocadas allí para servir de apoyo terminal, y en la contracción de] tendón de Aquiles que articula con el calcáneo y los tejidos vecinos.

Tal es una cavidad constituida por distensión de los tejidos, o por la formación de una pared. Contiene una serosidad linfoplasmática, o bien de pus. En el primer caso, hay inflamación.

Pueden aparecer reacciones en las partes circundantes con presencia de edema, dolor y enrojecimiento. En el 2° caso, se presenta infección con dolor difuso en la base del dedo; luego, edema en la parte dorsal superior del pie, linfangitis reticular o troncular, y temperatura.

Por falta de tratamiento terapéutico, la infección así ramificada sobre sí misma y sin existir un canal fistular al exterior, no tendrá otra alternativa que desparramarse a su alrededor por medio de canales purulentos. Luego, se construirá una tendinitis supurante del extensor, una osteítis, o una ósteo-artritis.

Por prestarse a la invasión los espacios celulares, ésta se proyectará hacia los trayectos ten-



dinosos en dirección a la planta. En principio, invadirá algunos puntos en el dorso superior, pero no hay que engañarse.

El edema y la linfangitis engañan a menudo, igual que en las manos. "El mal se presenta a la

inversa". (Forgue). Ataca el dorso, pero invade la planta.

LA FSTULA ES EN SI UNA ENFERMEDAD ?

Algunas estadísticas lamentablemente muy poco numerosas reflejan una semántica que varía según las encuestas. No tenemos la pretensión de llegar, con este trabajo a una conclusión categórica. Basándonos en los conocimientos actuales, hay gran variedad de higromas y casos, desde las durezas, las fístulas, la cavidad subyacente organizada, o no, todas constituyen la enfermedad. Muchas veces estas exteriorizaciones se alían a otras cuestiones que se manifiestan en último término, y que el estudio clínico colocará en su verdadero lugar. Es decir que la fístula (higroma) no es sino su consecuencia.

Cuando el higroma no cura a pesar de los cuidados, significa que está ligado a una alteración anatómica profunda. Y tenemos, por fin, el caso de la dureza, la fístula, y la cavidad purulenta, asociadas o no a una perturbación anatómica con cavernas plantaras supurantes. Esta trilogía es insoluble. Cada una refiere un estado evolutivo. El primero es cuando se presenta un desarrollo feliz, con fistulización espontánea y drenaje al exterior, correspondiente a una infección epidérmica situada directamente sobre la dureza (fig. 2).

El segundo caso es cuando se produce un trayecto fistuloso asociado a una cavidad, pero con algunos agregados más. Cerca de esta cavidad se encuentra la causa de todo el proceso patológico (fig. 6).

En la observación del 5° varo, hemos encontrado, dos veces, cristales de urato de sodio (fig. 7). Cinco veces notamos la presencia de espículas óseas, colocadas sobre el borde externo de la 1ª falange, a distancia de fracción de milímetro de la cabeza de ésta.

En algunos casos, esta espícula es congénita, y responde a un proceso ósteo-periostítico inflamatorio, consecuencia de traumatismos repetidos. En la mayoría de los casos no hemos encontrado nada, pero la acusada saliencia de la cabeza falángica llega a formar un 5° varo, o un 4° dedo en martillo, unido a un 3° en garfio congénito, o a un 2° en garra.

De hecho, el responsable de los trastornos patológicos es un cayado lateral. Lo mismo ocurre con la saliencia del tendón en la dureza ligamentosa del varus, en el 1° metatarsiano, deformación de Hagilund.

En el tercer y último caso, en el contacto óseo con el estilete explorador de la fístula, se nota un aspecto irregular del hueso subyacente.

El examen clínico deberá orientar hacia las lesiones profundas, ante las cuales la fístula cede

el paso. Esta difusión hacia los planos internos es la consecuencia de la falta de cuidados, y de una terapéutica apropiada.

El terreno podrá ser factor predisponente. Pero la razón principal será una sensibilidad particular del individuo hacia el estafilococo. También serán motivo de importancia las pequeñas lesiones o raspaduras sobre una piel mal defendida.

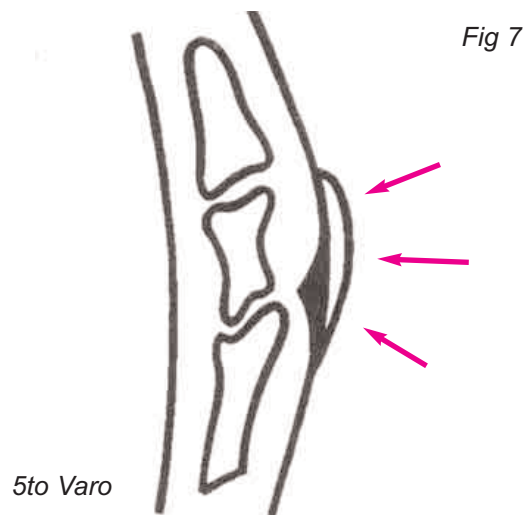
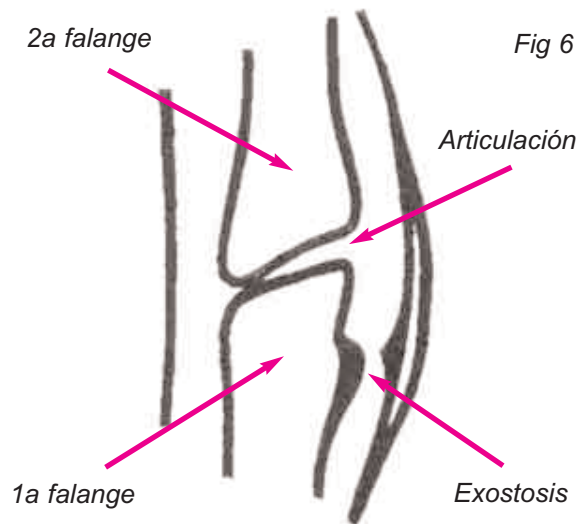
La diabetes no interviene en este estado excepcionalmente, porque ésta no permite la formación de pus, sino que tiende a provocar la destrucción gradual de los tejidos, que se eliminan, hasta su necrosis, por fístulas múltiples.

Cuando los dedos de los pies se tornan voluminosos, cianóticos, de piel tirante, se constituyen en la entrada a una invasión más profunda, que prelude a un estado gangrenoso.

En la diabetes, la fístula da lugar a un cuadro clínico muy particular, que impone un tratamiento médico urgente, de orden general.

ESTUDIO CLÍNICO

No es posible trazar un cuadro que englobe la



Escola de Formação Técnica Profissional

Mag Estética

Beleza feita com Arte

Autorizada pela DER Centro-Sul em 15/08/2003

Pioneira em Micropigmentação no Brasil

MATRÍCULAS ABERTAS

(11) 6161-7763

CURSO QUALIFICAÇÃO BÁSICA DE PODOLOGIA

TERÇAS-FEIRAS: 13:00h ÀS 16:30h

QUARTAS E QUINTAS-FEIRAS: 9:30h ÀS 16:30h

Carga Horária Total: 400 horas, com 4 módulos de 100 horas.

- CURSO TÉCNICO ESTETICISTA
- CURSO TÉCNICO DE PODOLOGIA

INÍCIO EM 19 DE FEVEREIRO DE 2008

Para informações, ligue (11) 6161-7763

CURSOS LIVRES

- Pedicuro Calista
- Pedicuro Calista (aperfeiçoamento)
- Reflexologia Podal
- Manicure e Pedicure
- Unhas de Porcelana
- Unhas de Gel sem Lâmpada
- Unhas de Silicone
- Unhas de Nova York

Cursos individuais ou em grupos, com carga horária variável, de acordo com as necessidades do aluno.

Ligue e peça informações sobre os nossos demais cursos:
(11) 6161-7763



Kit Polimento de Unhas



Kit Unhas de Porcelana

ADQUIRA JÁ!
(11) 6161-7763



Kit HomeoMag



Kit Podologia

sintomatología de las fístulas, pues éstas tendrán su fisonomía de acuerdo con la región en donde se sitúen. Si lo hacen en tejidos profundos, requieren la intervención quirúrgica de inmediato. Si se presentan al tratamiento del podólogo, generalmente se observan sobre un dedo en martillo, debajo de una zona más o menos queratinizada, sea callo o dureza.

Haremos igual tratamiento a ciertas bolsas serosas anatómicas que, en condiciones locales similares, evolucionan hacia formas clínicas semejantes.

La fistulización a nivel de piel puede resolverse hacia el exterior de manera espontánea, o provocada por corte, intervención quirúrgica, etc. Toda fístula necesita ser investigada en función de ubicación y estado del sujeto. Lugar de preferencia es el dedo en martillo congénito o adquirido, su proximidad o a poca distancia.

La cresta, o el ángulo que forma la articulación interfalángica, provoca un rozamiento doloroso. Deformación y presión contribuyen a que se forme un heloma con su bolsa serosa. El dolor es agudo e insoportable. Cuando interviene el podólogo, la fístula aparece en su forma más típica.

Después de perforar el punto córneo, se observa un orificio más o menos oscuro, y debajo de él, un canal fistuloso de 1 o 2 mm. lindante con la cavidad serosa del higroma. Puede tener la forma de botón de camisa, o de ampolleta. Por la apertura espontánea o ejecutada con instrumento, evacua un líquido seroso, o pus, o sangre, que resolverán la curación. Por la descompresión de los tejidos y la salida de los líquidos, el alivio será inmediato.

Es muy rara la fístula a nivel de una dureza plantar. Sus lugares de preferencia son: las superficies metatarsianas, la exostosis en general y la del 1° en particular, y bajo la cabeza del 5° dedo.

Siguiendo el plano del declive, el trayecto del drenaje es más corto. La proximidad de la cavidad serosa mantiene abierta por más tiempo la herida, y toma las características típicas de una ulceración, más que de una fístula.

A nivel de un tendón tiene rasgos específicos, dado que en la profundidad no se encuentran tejidos óseos, sino (en este caso) el tendón extensor del dedo gordo en retracción. Al estar la piel muy delgada y el tejido celular subcutáneo poco profundo, no se puede hablar de fístula, sino de esfacelo cutáneo.

En el higroma de hallux valgus, la bolsa serosa sufre la doble fricción: por la exostosis y por el roce. El microtraumatismo inflama el higroma directamente. Puede faltar la hiperqueratosis. La piel está roja, un punto córneo obstruye la bolsa

cerosa y no permite su evacuación, sino gota a gota. De un espesor de 2 mm y un largo entre 2 y 3 mm, se saca fácilmente al exterior.

En la deformación simétrica del hallux valgus, la bursitis externa de la 5° cabeza metatarsiana presenta las mismas características que en el caso anterior.

A nivel sesamoideo, la hiperpresión hace aparecer un higroma doloroso sobre la cara plantar de éstos, tanto interna como externa. Las causas son diversas: el 1° metatarsiano más largo en relación con el 2°, o en la deformación de Haglund, o sobre la cara posterior del calcáneo por talón de zapato muy alto, o muy oblicuo, o contrafuerte muy duro, o tacones femeninos muy altos, o por arco muy excavado, o sobre un calcáneo deformado por fractura con hiperqueratosis agravada por contacto directo con el hueso, o por el frío, puede, inclusive, provocarse un pequeño esfacelo cutáneo que no llega a ser fístula.

Sobre estas regiones, el espesamiento de la piel y el roce del tejido celular no permiten el clima favorable para una cavidad serosa. (Quedan excluidas las bolsas serosas anatómicas retrocalcáneas).

Casi siempre, el estado general del paciente, como en el caso de los diabéticos, o los artríticos, la fístula es espontánea. Mejor dicho, comienza con una destrucción celular como expresión de las lesiones necróticas propias de la enfermedad.

En los ancianos se observa una necrosis aséptica, como resultado de una irrigación imperfecta. Del mismo modo que deficiencias en la piel por alteraciones, con fístulas espontáneas de lenta cicatrización y frecuentes recidivas.

EN CONCLUSIÓN

Las auténticas fístulas, largas o sinuosas son producto de los helomas digitales. En los demás casos, como callo tendinoso, plantar, interdigital, interfalángico, del dedo gordo de la cara posterior del calcáneo, los situados bajo una cabeza metatarsiana con acusada saliencia, etc. puede tratarse de un orificio provocado por el roce. Y esto, en la medida en que la piel, adelgazado y oprimida, esté contra los planos profundos sin la protección del tejido celular.

Y cuando enfermedades como diabetes, artritis, o neurológicas como Tabes, Parkinson, etc. perturban la nutrición celular y la mortificación del tejido cutáneo por roce, es factor importante en el proceso fistular.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

El ojo de gallo -originado por la compresión de las articulaciones interfalángicas no construye,

en realidad, una fístula. Por cuanto la piel de entre los dedos no se ha espesado. El ojo de gallo es, a lo sumo, un papiloma traumático formado por tejidos macerados sin aereación, y, con frecuencia, complicados por una micosis.

Dureza húmeda: Las estadísticas más optimistas afirman su curación a breve plazo, y en las ultrarrápidas, casi milagrosas, no se trata de otra cosa que de durezas húmedas y no de callos fistulosos. Es prudente evitar confusiones en el reconocimiento de la dureza.

Cuáles son, pues, sus características ?

En apariencia, ninguna; pero señalamos la falta de la bolsa serosa en el tejido conjuntiva.

A nivel de la dermis aparece una especie de flictena bajo una delgada capa queratinizada. Si la cavidad resume un líquido seroso, con o sin carga sanguínea, o de pus, la curación será rápida, después de una aplicación indolora, sin anestesia.

La cicatrización se obtiene mediante una simple oclusión aséptica durante dos o tres días.

El origen del callo húmedo es puramente traumático, y se localiza sobre el dorso de un dedo o extremidad en un espacio interdigital.

El de la extremidad falángica no presenta fístulas, pero sufre cizallamiento cutáneo, lo mismo que un heloma subungueal, que forma una masa de tejido epidérmico adherido al tegumento que separa a la uña de su lecho. La ausencia de tejido celular no permite la formación de una cavidad purulenta o serosa, pero, en cambio, favorece la mortificación epidérmica.

EVOLUCIÓN

Algunas fístulas curan espontáneamente, si la causa es imputable a otras afecciones. Presentan recidivas, a pesar de los cuidados. Por ello, la investigación debe orientarse hacia las causas, que pueden ser: microtraumáticas (por calzado), por afecciones estáticas, y eventualmente, un mal terreno.

Conocemos las cuatro fases evolutivas descritas por Wallet:

1°) Período de sensibilidad (dolor a la presión);
2°) Período doloroso (dolor vivo, específicamente en el periostio);

3°) Período de infección (el absceso puede fistularse. Dolor insoportable);

4°) Período insoportable (bolsa serosa infectada).

Sí el tratamiento no se orienta en función a la causa, la colección mal drenada se difundirá hacia los planos musculares y tendinosos del pie.

Y formará una osteítis, una osteoartritis, o una tendinitis supurante.

Ante un dedo tumefacto, recubierto por una piel de color vinoso, y blanco amarillento hacia los bordes del orificio fistular, que deja salir un líquido purulento que contrasta con la intensidad de los dolores, se impone un examen de orina y otro de sangre para precisar una probable diabetes.

En los casos como los que presenta la gente anciana, se puede observar la rojez de los tegumentos y el aspecto verduoso y delgado en la proximidad del orificio fistular, con fuertes dolores espontáneos de tipo quemazón. Es entonces cuando el control del podólogo debe ser de rigor, para eliminar así, una arteritis senil.

Hay otros casos, como los de las arteritis juveniles, en donde el control no es de tanta urgencia. Pero sí en los de origen sifilítico, en los cuales son respetados los troncos arteriales principales, mientras que las arteriolas y las colaterales de los dedos se presentan con trombosis.

De igual modo cuando aparece una inflamación color piel de cebolla en los extremos de los dedos. Y cuando la uña se desprende poco a poco, el interrogatorio debe precisar todos los antecedentes, principalmente ante las alternativas de un síncope digital, con palidez tegumentaria que recuerda la enfermedad de Reynaud.

Asimismo, en todos los casos de epidermis queratinizada bajo los esfuerzos conjuntos de los microtraumatismos y de la perturbación vascular. El orificio fistular es el que más demostrará esta muerte celular a través del drenaje cutáneo de pus subyacente.

En los gotosos, el higroma puede contener trofias sobre las zonas irradiadas, y la evolución puede hacerse hacia una radiodermatitis, o un mal perforante plantar. Todas estas causas tendrán una repercusión psíquica, por cuanto la intensidad del dolor hará irritable al sujeto. Tanto como en toda enfermedad que presente un pie espástico, o una alteración grave en la motricidad y la sensibilidad, en donde la fístula se rodea de un halo tórpido, la piel está marchita, fría y húmeda, unido a los trastornos neurovegetativos y a la enfermedad neurológica.

En presencia de una fístula recidivante, y cuando el estado del enfermo así lo requiera, será necesario investigar las causas de la lesión ociosa, (Espícula, saliencia anormal osteófica, etc.). Entonces habrá que recurrir al radiólogo y al cirujano.

TRATAMIENTO PODOLÓGICO

Estudio del terreno.
Prudencia.

Importancia del interrogatorio.

Investigación de la diabetes, la arteritis, los trastornos vasomotores y neurológicos.

Verificar la pedigrafía. En función de la impresión clínica, se impone esperar dos o tres días antes de iniciar las curaciones.

Prescribir compresas húmedas alcoholizadas, y mantener las piernas estiradas en lo posible.

Aseptizar el campo operatorio y los instrumentos.

En presencia de pieles frágiles, desinfectar preferentemente con productos especiales.

En los demás casos, el alcohol facilita la delimitación de las queratosis.

En consecuencia, la exfoliación del callo se hará con mucha suavidad, por cuanto los tejidos están hipersensibilizados.

El instrumental bien afilado, para evitar la menor presión sobre una zona dolorosa.

Desgajar el punto córneo en profundidad, e ir eliminando, por turno, lo más minuciosamente posible.

Se presentan dos casos:

1°) Fístula abierta espontáneamente, que permite el pasaje de un líquido seroso, sangre y pus, seguido por la eliminación de la infección,

2°) El trayecto fistular está obstruido por la membrana.

Entonces, empujar y despegar con el instrumento fino y la pinza, a fin de exfoliar el orificio con precisión y al máximo, y permitir la evacuación del líquido.

Tantear la profundidad de la fístula y asegurarse acerca de la integridad de los tejidos subyacentes.

En el período de sensibilidad dolorosa da buenos resultados este simple procedimiento: durante el día, tratamiento aséptico; por la noche, prescribir compresas medio húmedas sobre la base de un tercio de alcohol a 90° y dos tercios de agua hervida, tibia. No colocar gasas impermeabilizadas, a fin de evitar una maceración.

Mantener así durante toda la noche.

Repetir la visita al enfermo dos o tres días.

Es necesario recubrir la fístula, porque tiene tendencia a cerrar demasiado rápido.

No cesar este tratamiento hasta que haya desaparecido totalmente la inflamación.

A partir del momento en que ésta ya no exista, se puede aplicar sobre la fístula dos o tres gotas de alcohol yodado al 1 %, a los efectos de proteger los tejidos.

Redoblar la prudencia durante el período inflamatorio, aconsejando compresas húmedas en el día y reposo por la noche, con piernas estiradas. Ver al enfermo diariamente.

En la etapa infecciosa las aplicaciones húmedas deben ser continuas -día y noche-, con reposo obligatorio. Si se observase una reacción ganglionar artrítica, o de trastornos vasomotores graves, es indispensable la consulta médica.

En algunos casos, si a pesar de los cuidados nada impide la recidiva, es aconsejable la aplicación de una pequeña prótesis para impedir los traumatismos.

Estas medidas son útiles en las afecciones vasculares y neurológicas, donde la piel se ulcera fácilmente.

Callos dorsales: sobre el comienzo del dedo se fijará un tubo de gasa, en el cual se habrá deslizado un poco de algodón hidrófilo, con el fin de aislar completamente la dureza de la presión del zapato.

El ojo de gallo, particularmente doloroso, será aislado con una pequeña protección que separe los dos dedos; para evitar la compresión.

El aislamiento del callo fistuloso a nivel de una cabeza metatarsiana se obtiene fácilmente, merced a un protector de espuma de goma o de látex en forma de cubeta.

Bien entendido queda que, cuando estas protecciones locales no son suficientes conviene recomendar plantillas ortopédicas, a los efectos de evitar un apoyo exagerado en el antepié.

Entre las diferentes medicaciones, se puede prescribir: la electrocoagulación, la radioterapia, radiodermatitis y medios perforantes.

Quedan contraindicados el nitrato de plata, el nitrol, todos los ácidos y los queratolíticos.

Durante los períodos inflamatorios o infecciosos, evitar los métodos esclerosantes de las bolsas serosas.

Es necesario saber utilizar, dosar, y no abusar de ciertos productos antibióticos correspondientes, corticoides, anticicatrizantes, etc.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

De hecho, la lógica aconseja la intervención médica para orientar en los casos de perturbaciones estáticas evidentes, o las reveladas por las radiografías.

Proceder con prudencia, observar las reacciones biológicas óscilo-métricas, la edad del enfermo y sus antecedentes.

Para evitar una agresión quirúrgica, es necesario tener en cuenta una serie de previsiones, y seguir los consejos de Leriche, quien señala: "El cirujano feliz, exitoso, es aquel que piensa mucho sus indicaciones. Cuando todo está bien calculado, el acto quirúrgico no es un gesto, pero es un plan bien establecido".

Para obtener eficacia, el hecho debe suprimir la causa mediante una incisión lateral en el dedo prescripto, sobre la fase externa, porque a través de la interna transcurren las venas y arterias. Ablación de la espícula ósea, siempre que sea observable; de lo contrario, recurrir a la radiografía, e, incluso a la resección de la cabeza falángica.

Se puede asociar la cura del valgo del 5° metatarsiano con la del 5° varo. Y ésta, a su vez, con la del 4° en martillo.

El alargamiento tendinoso del extensor, la capsulotomía dorsal metatarsofalángica con el 2° o el 4° en garra, mediante el trasplante eventual del flexor sobre el extensor, de acuerdo con lo aconsejado por Lelievre.

El callo tendinoso del extensor propio del dedo gordo impondrá la cura del pie excavado interno por alargamiento del tendón.

El callo fistulizado del 1° metatarsiano varo, o de la tuberosidad del calcáneo, determinará la cura del varo, o de la deformación de Haglund, mediante una aplicación antibiótica que seguirá

al acto quirúrgico, y el enfermo será inmovilizado con o sin sostén, según los casos. Se ha de proteger con un anticoagulante, previendo una eventual embolia pulmonar.

Estáticas:

Si la deformación es reductible, o poco importante, caben los cuidados del podólogo, quien siempre se orientará hacia la aplicación de plantillas, de protectores, de calzado confortable. En muchos de los casos darán resultados excelentes.

Si la deformación es importante, las recidivas serán numerosas y casi frecuentemente de origen estático. En tales casos será indispensable tratar la afección desde un principio. Y, por lo general, el tratamiento no podrá ser otro que el quirúrgico.

Dirigir al enfermo hacia el cirujano especialista, quien practicará un remodelaje de la articulación defectuosa con el fin de reconstruir una arquitectura más normal del pie. α

Materia publicada en la revista Podología Argentina



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-flebitico.
- 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: shop virtual www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

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 - inpoar@hotmail.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



ESQUELETO DEL PIE 1
ESQUELETO DO PÉ 1



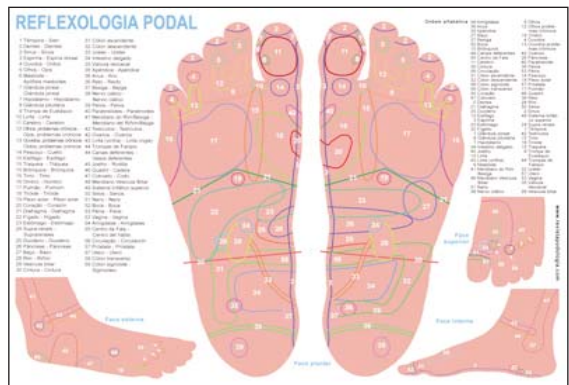
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSSES



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Email: revista@revistapodologia.com - revistapodologia@gmail.com
Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com