

revistapodologia .com

Nº 54 - Febrero 2014



Revista Digital de Podología

Gratuita - En 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° 54
Febrero 2014

Director

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Marketing y Ventas

Alberto J. Grillo
alberto@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

5 - Patologías en el pie del anciano.

Sabrina Canhada Ferrari, Fânia Cristina dos Santos, Miriam da Silva Lopes Araújo, Maysa Seabra Cendoroglo, Virginia Fernandes Moça Trevisani. Brasil.

18 - Estudio de Caso - Herida.

Enfermera y Podóloga Maxsandra Ferreira. Brasil.

24 - Neuropatía de Charcot (II). Tratamiento con ortesis.

Jordi Viadé Julià - Jordi Carbó Perez. España.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 35.

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



X^o ENCONTRO DAS ESTRELAS NA PODOLOGIA

4-5 de Maio
2014
São Paulo
Brasil

Realização: Orlando Madella Jr. Podologia ME

PROGRAMAÇÃO - Palestrantes e Temas

Pdga. Rosana Ribeiro

- Atuação do Podólogo no HPV.

Pdga. Lorraine Cristina de Oliveira

- Procedimentos podológico em úlcera de pé diabético.

Pdga. Luciana Terrosse

- Urgências em emergências na Podologia. Primeiros Socorros.

Pdga. Jane Cristina de Carvalho

- Procedimentos podológico em calo sub-ungueal e periungueal.

Pdgo-Dr. Alberto Malachias Rascassi

- Ação das órteses plantares nas patologias podológicas.

Pdga. Gilvânia de Araújo Carvalho

- Biossegurança: risco e prevenção respiratória.

Dr. Caio Nery - Deformidades do antepé. Uma visita ao centro cirúrgico.

Dra. Natalia Mayumi Inada

- Tratamento de onicomicose por terapia fotodinâmica: Mecanismos de ação, protocolo clínico e resultados.

Pdgo. Adelcio Cordeiro

- Atuação do podólogo no pé do idoso.

Pdga. Marcia Helena Garcia Nascimento

- Procedimento podológico em ceratoderma plantar.

Pdga. Maria Aparecida Lima

- Procedimentos podológicos variados em pacientes portadores de Diabetes Mellitus.

Pdgo. Ezequiel Pereira Rocha

- Pé reumático.

Pdgo. Orlando Madella Jr.

- Terapias de Resultados aplicadas na Podologia.

Pdga. Rosalia Prieto

- Podopediatria.

LOCAL do EVENTO



Av. Casper Líbero, 115
Centro - São Paulo/SP
www.daninnhotel.com.br

CURSO PÓS-EVENTO - 06 de Maio 2014

Podologia esportiva - Teórico e Prático

Ministrado pelo Pdgo. Ezequiel Pereira Rocha

Informações e inscrições:
www.podologiabr.com

EXPOSITORES na feira simultânea ao congresso

HomeoMag
Saúde e beleza dos pés à cabeça

Podonto Líder

revistapodologia.com

GNATUS
Podologia

FEET SPA

Freitas
METALURGICA

DEL' PÉ
Produtos Para Podologia

ORIHIO
PRIMEIR

PODOPLUS
A Casa da Podologia

PODOMEL
artigos para podólogos

Patologías en el Pie del Anciano

Sabrina Canhada Ferrari, Fânia Cristina dos Santos, Miriam da Silva Lopes Araújo, Maysa Seabra Cendoroglo, Virginia Fernandes Moça Trevisani. *Brasil.*

RESUMEN

Con el aumento de la expectativa de la vida, el proceso de envejecimiento de la población viene ocurriendo en un ritmo acelerado y, por consecuencia, ocurren inúmeras alteraciones que interfieren en la capacidad funcional y en la calidad de vida de los ancianos, entre los cuales están las patologías en los pies.

Este trabajo intenta relatar los principales problemas en los pies de los ancianos, describiendo los respectivos abordajes terapéuticos. Como método de levantamiento bibliográfico se utilizaron las bases de datos Medline Lilacs, Scielo y Scad.

Se observó que con el envejecimiento ocurre muchas modificaciones en las estructuras anatómicas y fisiológicas del pie, las cuales, se relacionan a problemas comunes en los ancianos, como las metatarsalgias, fascitis plantar, hallux valgo, hallux rígido, deformidades de los dedos, alteraciones del arco plantar, dolor en el tobillo, talalgias, problemas periarticulares, alteraciones en la piel y anexos, artropatías, afecciones vasculares y neurológicas.

Tales alteraciones están relacionadas a la incapacidad funcional y la disminución de la calidad de vida de los ancianos. Se concluye que los problemas en los pies de los ancianos son frecuentes y necesitan de atención cuanto al diagnóstico y tratamiento adecuado, en recurrencia del declinó funcional asociado a esas patologías.

Palavras-chave: Patologia. Pé. Idoso.

Pathology in the foot of the elderly people

Abstract

With the increase in expectation of life, the process of population aging in a very high process, and with this course, a lot of changes hapening, that interferes in the functional capable and in the quality of life in the elderly people, and, between those, are the pathologies in the feets. This work aims to study the pathologies usuals in the feets of the elderly people, describing the mains therapeutic pproaches. As a method of lifting bibliographic, were used databases

Medline, Lilacs, and Scielo e Scap. As a result, were observed that, with aging, a lot of changes occurs in the physiological and anatomical structures of the foot, leading to commom problems on the feet of elderly, as metatarsalgias, fasciite plant, hálux valgus, hálux hard, deformities of the fingers, changes in the plantar arch, pain in the heel, talalgias, periarticular problems, skin (and suplementares) changes, artorpatias, problemas (problems) periarticulares, vascular and neurological disorders. These disturbs are related with an incapacity functional and the decrease in the quality of lifeof the elderly people. In conclusion, the problems in the feets of the elderly people hapening with frequency and it needs to have a lot of pay attention about the diagnostic and the correct treatment, deriving of the functional decrease on this kind of pathologies.

Key words: Pathologies. Elderly. Foot.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, resultado de la reducción de la tasa de mortalidad y del envejecimiento de la expectativa de vida, es uno de los grandes desafíos que el mundo tendrá de enfrentas en este siglo. La población anciana es la parcela que más crece, tanto que, según estimativa de la Organización de las Naciones Unidas, en 2050 22,1% de la población del mundo tendrá sesenta años o más, lo que equivale aproximadamente 1,97 billones de personas. (SALGADO, 1998).

En 1950, con 4% de su población constituida de ancianos (2,1 millones), Brasil representaba la 16ª población de ancianos del mundo, en números absolutos. Proyecciones demográficas indican que en 2025 el país tendrá la sexta población de ancianos del mundo, con 32 millones de ancianos. (BERQUÓ, 1999).

Los avances de la medicina, el diagnostico precoz, la prevención de determinadas enfermedades, la ampliación de las posibilidades de acceso a los servicios de saneamiento básico, la alteración en los hábitos alimentares y de higiene, la práctica de ejercicios físicos, entre otros factores, contribuyeran decisivamente para la aceleración del envejecimiento.

Con el envejecimiento ocurren muchos problemas que interfieren en la capacidad funcional y en la calidad de vida del anciano, entre los cuales están las modificaciones en las estructuras anatómicas y fisiológicas de los pies, que acarrearán una inestabilidad postural y un mayor riesgo de caídas. (MEILSLER, 1998).

Las evidencias obtenidas de estudios detallados sobre diversos males de los pies sugieren que más de 80% de la población tiene algún tipo de problema con los pies. (GARROW et al., 2000). Las modificaciones que ocurren en los pies de los ancianos pueden ser recurrentes de enfermedades sistémicas, de trastornos de la caminata, malos tratos a los pies o traumatismos en los pies que comprometen la integridad de las uñas, de la piel, de los nervios, de los vasos y de las estructuras óseas.

El estudio de Chan y Chong (2002), realizado en Hong Kong, confirma que enfermedades en los pies tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los chinos. En este estudio realizado con 877 pacientes, 21% de ellos presentaban malestar en los pies al caminar; 17% relataron dolores en los pies; 8%, limitación en las actividades de la vida diaria y 6% presentaron algún tipo de dificultad en razón de problemas en los pies. Entre las principales patologías en los pies fueron encontrados las onicomiosis, los callos en metatarsos, los dedos en garra y otras deformidades, las cuales, significativamente, redujeron la locomoción de la población geriátrica china.

Helfand (2004) relata que problemas en los pies son comunes en la población anciana, los cuales están relacionadas a las enfermedades crónicas, como diabetes mellitus, enfermedad arterial periférica, alteración musculoesquelética y déficit motor. Así, tales problemas estarían disminuyendo la capacidad funcional y aumentando el riesgo de hospitalizaciones.

Considerando la prevalencia de trastornos dolorosos y debilitantes de los pies en la población geriátrica, debe ser dada una asistencia especial a ese, de modo que los ancianos se mantengan deambulando.

OBJETIVO

Estudiar las principales patologías que acometen los pies de los ancianos describiendo los respectivos abordajes terapéuticos.

MÉTODO

La metodología usada fue el levantamiento bibliográfico de artículos nacionales e internacio-

nales en los últimos diez años (1997-2007) en la biblioteca virtual Bireme, entrando a las bases de datos referenciales de Medline, Lilacs, Scielo y Scap.

Para la realización de la búsqueda se usan las palabras-claves “patología”, “pie” y “anciano”.

Fueron encontrados en la base de datos de Medline 225 artículos; en la Lilacs, 32 artículos; en el Scielo y en la Scap, tres artículos con esas palabras. Los más expresivos artículos estudian los problemas que más comúnmente acometen a los pies de los ancianos y los principales abordajes terapéuticos.

Principales patologías en los pies de los ancianos

Metatarsalgia

Es la localización más frecuente de dolor en el pie, siendo la parte plantar anterior la más acometida por causas biomecánicas. La nítida predominancia del sexo femenino es atribuida al uso de zapatos de taco alto y con la parte anterior más fina. Los dolores están localizados en la región plantar posterior y anterior y constituyese en la mayoría de las quejas clínicas referentes a los pies, principalmente después de la cuarta década de vida.

En el anciano se observa con frecuencia una “caída” de las cabezas metatarsianas centrales, con formación de garra de los dedos; el cojín adiposo sobre las cabezas se disloca para una posición más distal, reduciendo la posición de esa región del pie. Esas alteraciones llevan un cuadro de metatarsalgia de carácter difuso tipo quemazón, que a veces imposibilita el uso de zapatos habituales.

El tratamiento es hecho con cambios de hábitos y correcciones en el uso de los zapatos. (SILVEIRA, 1999). En los casos de asociación con los dedos en garra, el uso de ortesis tipo burbuja o barra retro capital asociado a zapatos confortables reequilibra la funcionalidad perdida, aliviando mucho los síntomas de los pacientes. (MENZ; MORRIS, 2005).

Fascitis plantar

La fascitis plantar se caracteriza por el dolor en la fascia plantar, principalmente en la región del calcáneo adonde ocurre su inserción. Es notada con más frecuencia en individuos que exhiben el pie pronado con arco longitudinal achatado y cuya actividad exige quedar en pie o caminar por mucho tiempo; los hombres son más susceptibles. (CAILLIET, 2005).



Actualización técnica sobre los cuidados de los pies

PROGRAMACIÓN 11h00 - 18h30

- Producción de aceites esenciales y productos derivados de aceites esenciales para uso en la Podología
- Escenarios y prácticas simuladas en la enseñanza de la Podología
- Uso de fitoterápicos en la prevención y tratamiento de enfermedades de la piel
- Ortesis plantares para diabéticos: atención completa
- Alteraciones ungueales y dermatológicas en pacientes añosos
- Marcadores cutáneos de diabetes mellitus
- La importancia de la prevención de las hepatitis virales en Podología

Evento del Foro de Belleza HAIR BRASIL 2014

12 A 15 DE ABRIL • Expo Center Norte • São Paulo • BRASIL

Inscríbete ya en www.hairbrasil.com y gana un descuento promocional

* En la compra de la entrada para el Congreso Ud. gana la entrada para visitar la feria

Realización

HairBrasil
Profesional

Apoyo Institucional

ABIHPEC
Asociación Brasileira de los Profissionais de
Higiene Personal, Perfumaria y Cosmética

intercoiffure **intercoiffure**
MONDIAL BRASILE
PARIS - SÃO PAULO - LISBOA - ROMA
NEW YORK - BEKIN

Apoyo

universidade
anhembi
morumbi
Lauro de Souza Lima

INFORMACIONES

Tel.: (5511) 3897-6192 / (5511) 3199-6185 Fax: (5511) 3897-6159
congressos@hairbrasil.com.br • www.hairbrasil.com

El tratamiento es siempre conservador e incluye analgésicos, antiinflamatorios y fisioterapia, para alargar el complejo aquileo-calcáneo-plantar. El uso de zapatos más elevados con taloneras es importante para la reducción de la sobrecarga en el local. (MENZ; MORRIS, 2005).

Hallux valgo

El hallux valgo es una subluxación estática de la primera articulación metatarsofalangeana. Es vulgarmente llamado de "juanete" y lleva una alteración tanto en la estabilidad estructural como postural de los pies, pudiendo o no estar asociada a otras deformidades en aquella región. (CARVALHO, 2001). Es más frecuentemente encontrado en mujeres ancianas que tienen el antepie alargado con el arco transversal achatado y el pie pronado y ocurre casi que exclusivamente en personas que usan calzados inadecuados. (CAILLIET, 2005). El calzado puede ser considerado el mayor contribuyente para patologías en los pies, tales como hallux valgo, deformidades en los dedos y callosidades. (FREY, 2000).

El tratamiento es conservador y consiste de prescripción de calzados con la frente más larga y la utilización de un separador de dedos para estabilización que debe ser usado a la noche. En casos graves, el tratamiento quirúrgico es indicado, con todo la identificación de factores que llevaron a aquella deformidad es imprescindible para la actuación quirúrgica y también para evitar la recidiva. Se trata de una afección compleja, que como tal debe ser evaluada, para que se pueda indicar también la técnica quirúrgica más adecuada. (SILVEIRA, 1999;IGNÁCIO et al., 2006). En el estudio de Nery et al. (2001) se establecieron los valores medios angulares de la primera articulación metatarso falangiana indicado para cirugía, evitando o disminuyendo al máximo el porcentaje de correcciones insuficientes o recidivas.

Hallux rígido

El hallux rígido es el segundo problema más común del hallux. Se define como artrosis de la primera articulación metatarsofalangeana (SALÓ, 2003) y se caracteriza por el dolor y la limitación de los movimientos del pie, casi siempre acompañado por el aumento del volumen y de la consistencia ósea al nivel de la región dorsal de la articulación metatarso falangeana. Puede ser de etiología congénita o adquirida, con el resultado de un trauma o de una artritis generalizada.

El tratamiento inicial es conservador, con el uso de zapato con la suela rígida, que evite presión sobre la articulación metatarso falangeana. La inyección interarticular de un agente analgésico

con o sin esteroides ofrece alivio temporario. Los medicamentos antiinflamatorios orales también ofrecen algún beneficio. (CAILLIET, 2005) En razón del movimiento articular sufrir una disminución gradual hasta la fusión total, la intervención quirúrgica es indicada. (SILVEIRA, 1999;MARTORANA, 2001).

Deformidades de los dedos

Las deformidades de los dedos se presentan básicamente de tres formas: garra, martillo o maza. Son todas de forma rígida o flexible. La causa más común es el uso de zapato inadecuado, pero pueden también ser secundarias a factores congénitos, o alteraciones neuromusculares. En los casos flexibles, se puede intentar el tratamiento conservador, con el uso de zapatos apropiados, con medidas de rehabilitación de la musculatura extensora e intrínseca del pie y uso de tubos de esponja de plástico para proteger y evitar atritos en los dedos. (MASCARO, 2003). En los casos rígidos o en falla del tratamiento conservador indicase el tratamiento quirúrgico. (COLLET, 2002).

Alteraciones del arco plantar

Aunque frecuentes, las alteraciones del arco plantar longitudinal, sobretodo en la infancia, no pasan de una variación de lo normal. La persistencia de la deformidad después de los seis años de edad, se asimétrica y con rigidez articular, merece abordaje más precisa. Pie cavo: Definido como un aumento, en el sentido vertical, del arco longitudinal del pie, ocasiona disminución del área de apoyo plantar. La etiología es casi siempre relacionada a alteraciones neuromusculares. El tratamiento es quirúrgico, pero en los casos leves y poco sintomáticos pueden ser utilizados ortesis y fisioterapia. Pie plano: hay una característica de la caída del arco plantar longitudinal, asociada casi siempre a un valgismo del calcáneo de grado variable. Inicialmente, el tratamiento indicado consiste en el uso de un zapato adecuado, fisioterapia y, eventualmente, en uso de palmilla. En casos más avanzados hay indicación para cirugía, que consiste en osteotomía de calcáneo (transferencia tendinosa) y artrodesis. (SILVEIRA, 1999).

Dolor en el calcañar

Según Martorana (2001), las causas de dolor en el calcañar pueden ser clasificadas en:

- *Enfermedades inflamatorias sistémicas*: como artritis reumatoide y psoriasis, espondilitis anquilosante y artritis reactiva;
- *Enfermedades inflamatorias localizadas*: como

tendinitis del tendón de Aquiles, bursitis retrocalcáneo o bursitis calcáneo inferior;

- *Compresiones de los nervios*: nervios plantares medial y lateral, nervio calcañar medial, síndrome del túnel tarsiano, radiculopatía lumbosacral y neuropatía periférica;

- *Enfermedades metabólicas*: gota;

- *Infecciones*;

- *Síndrome traumático y/o "uso abusivo"*: fracturas por tensión, periostitis y fascitis plantar.

Según Collet (2002), en la mayor parte de los casos de dolor en el calcañar la causa principal recurre del espolón del calcáneo, que se relaciona a la fascitis plantar.

Síndrome del espolón del calcáneo:

Caracterizada por crecimiento óseo extra en el calcañar, se puede formar cuando la fascia plantar hace excesiva tracción sobre el calcañar. La queja típica de presentación de un paciente con síndrome del espolón del calcáneo es la discinesia pos-estática, especialmente después de levantarse de una noche de descanso. Con los primeros pasos ahí la necesidad de agarrarse en objetos para el apoyo y la caminata ocurre en las puntas de los dedos para soporte del peso.

El dolor en el calcañar generalmente disminuye después de un periodo de actividad. El tratamiento es hecho con analgésicos y anti-inflamatorios orales, infiltraciones locales con corticoesteroides, inmovilización plantar y, posteriormente, fisioterapia y uso de palmilla para alivio de la tensión en el calcañar. (COLLET, 2002; CAILLIET, 2005).

Talalgias:

Son bastante frecuentes en los individuos después de los cincuenta años, caracterizándose por dolores localizados en el retropié, envolviendo estructuras como el tendón de Aquiles, el calcáneo y la inserción de la fascia plantar.

Ese cuadro doloroso puede estar asociado a la existencia de un tubérculo poster-superior del calcáneo preeminente, así como el proceso inflamatorio en las bursas localizadas en el retropié. La causa más frecuente es atrito repetitivo entre la región posterior del pie y el zapato.

El tratamiento es básicamente conservador, incluyendo, además de medicamentos analgésicos y anti-inflamatorios, el uso de zapato tenis con una pequeña elevación de taco y el uso de una talonera de espuma o material sintético, que reduce la sobrecarga de la región.

Otra medida es la prevención del atrito del zapato con el tendón de Aquiles, usándose ciertas ortesis. (MENZ; MORRIS, 2005).

Periarticulares

Las principales tendinitis que afectan los pies son las que envuelven los tendones de Aquiles y el tendón tibial posterior. Esos son de difíciles tratamientos, pues son tendones que están constantemente "luchando" contra la fuerza de la gravedad. El resultado es una tensión excesiva sobre los tendones, llevando al estiramiento y a la laceración, seguidos de una respuesta inflamatoria reparadora y dolor. La persistencia de aquellas fuerzas no verificadas puede llevar al enflaquecimiento o al alargamiento del tendón y a la eventual deformación y ruptura. El tratamiento es medicamentoso, con analgésicos, anti-inflamatorios y fisioterapia. (DANDY, 2000).

Afecciones cutáneas y de anexos

Hiperqueratosis:

Según Pinto (2002), son zonas de callosidades que ocurren en locales de prominencia ósea después de mucho tiempo de hiperpresión y de atrito. Pueden ocasionar dolor y dificultad para deambular y también pueden ulcerar e infectar. Clasifícase los callos en rígidos y poco consistentes. Los rígidos se desenvuelven en el dorso de los dedos del pie (pequeños) o en la superficie plantar (proyectándose sobre la cabeza del metatarso), al paso que los poco consistentes se forman entre los dedos y, habitualmente, preséntense macerados y húmedos.

El tejido hiperqueratósico constituye una reacción de defensa y no debe ser eliminado, a menos que esté perjudicado el paciente. La retirada del tejido hiperqueratósico debe estar dentro de los principios podológicos de no lastimar la área profunda, no exponer cavidades y protégela lateralmente con ortesis o palmillas específicas, buscando aliviar su región central. Las callosidades tratadas recidiva frecuente y precozmente si, paralelamente, los trastornos estáticos del antepié, que los ocasionan, no fueron compensados.

Según Sodeman y Sodeman (1999), el tratamiento de los callos duros generalmente se da con el desbridamiento, que debe ser muy cuidadoso, sin atingir el tejido normal. Un desbridamiento agresivo puede causar infección secundaria, que sería muy perjudicial tratándose de ancianos con diabetes mellitus o comprometi-mientos vasculares diversos.

Los callos poco consistentes deben ser tratados poniéndose algodón o pequeña protección blanda en el espacio interdigital. Los zapatos abiertos son también muy útiles. El desenvolvimiento de los callos disminuye o desaparece al protegerse las prominencias óseas.

COM A LINHA DE
BIOSSEGURANÇA GNATUS,
SEUS PACIENTES ESTÃO
SEGUROS DOS PÉS À CABEÇA.

Gnatus, a empresa líder nacional em tecnologia e inovação do mercado odontológico, traz a melhor e mais moderna linha de Biossegurança para o segmento de Podologia.

Exija qualidade,
mude para
GNATUS

LINHA DE
BIOSSEGURANÇA

18
SISTEMAS DE
SEGURANÇA



Autoclave
Bioclave 12 L



Lavadora
Biofree



Seladora
Biopack



Destiladora
Bioaqua

Departamento Comercial

Daniela Lima

(16) 2102.5049 / daniela.lima@gnatus.com.br

Roselaine Pereira

(16) 2102.5095 / roselaine.pereira@gnatus.com.br



GNATUS
Podologia

Alteraciones ungueales:

Las onicomycosis son infecciones fúngicas comunes en las uñas de los ancianos, tanto de las manos cuanto de los pies. Su prevalencia puede ser explicada por factores como aumento de la incidencia de inmunodeficiencias relacionadas a la edad de la población. El uso de calzados cerrados y/o húmedos, andar descalzo en baños públicos y traumas frecuentes son factores que influyen en esa elevada tasa de prevalencia.

Las diagnósticos diferenciales de las onicomycosis es que deben ser observadas son, principalmente, onicolisis, hiperqueratosis subungueal, alteraciones de coloración de las uñas, como la leuconiquia y melanoniquia y las distrofias ungueales. Hay gran dificultad para llegar al diagnóstico de infección fúngica de las uñas, pero esa diferenciación en el diagnóstico es importante, pues implica diferentes tratamientos. (SILVA, 2000; CHANUSSOT; ARENAS, 2007).

Onicolisis:

Caracterizase por un descollamiento de la uña de su lecho en su región, creando un espacio subungueal adonde se acumulan gérmenes, suciedad, queratina y otros detritos. En esos casos es necesario tener ciertos cuidados, como evitar traumatismos. El uso de detergentes y ciertos medicamentos intenta erradicar los hongos y bacterias por ventura presentes. (SILVA, 2000).

Hiperqueratosis subungueal:

Puede ser congénita o adquirida y ocurre por hiperplasia epitelial de los tejidos subungueales en razón de la enfermedad cutánea exudativa o por enfermedades crónicas inflamatorias que envuelven la región, incluyendo las infecciones fúngicas. (SILVA, 2000).

Distrofias ungueales parciales:

Van desde uñas frágiles, quebradizas, con grietas longitudinales o transversales, llegando hasta la alteración completa en la lámina ungueal.

Las causas de las alteraciones leves son varias, desde un simple proceso relacionado a la edad, exposición exagerada a detergentes, uso de esmaltes, removedores y otras sustancias que resecan las uñas. Las formas graves con distrofias casi totales están, en general, asociadas a otras enfermedades y/o infecciones. (SILVA, 2000).

Uña encarnada o onicocriptosis:

Cuando las uñas de los pies son curvas, no planas, sus bordas pueden entrar para la pulpa del dedo. El borde medial de la uña del hallux es afectada más frecuentemente y encarnará en la

pulpa del artello, causando una lesión en las partes blandas.

La área herida podrá, entonces, quedar infectada y producir una lesión granulomatosa crónica infectada al largo del lado medial de la uña. El tratamiento conservador generalmente es efectivo y consiste de limpieza regular de las uñas; colocación de una pelotita de algodón debajo de la borda de la uña; permisión para que la uña crece además de la extremidad del dedo. Si las medidas conservadoras fallaren, podrá ser necesaria una intervención quirúrgica. (DANDY, 2000).

Periartropatias

Las principales tendinitis que afectan los pies son las que envuelven los tendones de Aquiles y los tendones tibiales posteriores. Esos tendones son de difíciles abordajes, pues están constantemente "luchando" contra la fuerza de la gravedad, lo que resulta casi siempre, si no controlada, en una tensión excesiva sobre los tendones, llevando a su estiramiento y laceración, seguidos de respuesta inflamatoria reparadora y dolor importante.

La persistencia de aquellas fuerzas podrá llevar al enflaquecimiento o al estiramiento del tendón, con una eventual deformación y ruptura. El tratamiento es frecuentemente medicamentoso, con analgésicos, anti-inflamatorios y fisioterapia. (DANDY, 2000).

Artropatias

Las enfermedades articulares son comunes en los ancianos, pudiendo afectar el tobillo y el pie, que tiene aproximadamente veinte articulaciones. (ROTES; COTS, 2003).

Osteoartritis:

Antes conocida como osteoartrosis o una simple artritis, corresponde a un grupo de problemas que resulta en alteraciones en las articulaciones, principalmente en rodillas, cuádriles, manos, columna vertebral y pies. Algunas veces, apenas una única articulación del pie es comprometida; en otras situaciones, algunas o muchas de ellas pueden ser afectadas al mismo tiempo y con intensidades diferentes.

Además de provocar dolor en el pie, sensación de rigidez y edema, la osteoartritis en los pies puede ocasionar limitaciones funcionales, como pérdida de movimientos, deformidades y hasta gran incapacidad del miembro inferior. Los tratamientos disponibles para aliviar los síntomas envuelven desde las simples orientaciones educacionales para los pacientes, el uso de medica-

ciones analgésicas, fisioterapia y cirugía en casos extremos.

Es importante que el individuo acometido mantenga buena salud general, elimine los factores de riesgo, el exceso de peso corporal; preserve una buena fuerza muscular y, sobre todo, reconozca su propia responsabilidad en el control del tratamiento. (CAILLIET, 2005).

Artritis reumatoide:

La historia natural de la artritis reumatoide en el pie puede ser una deformidad progresiva, asociada con dolor e incapacidad y de naturaleza dinámica, una vez que las fuerzas mecánicas que actúan durante la caminata se sobrepone, ocurriendo la destrucción articular producida por la sinovitis crónica. (SILVEIRA, 1999).

La sinovitis es un evento precoz en el curso de la enfermedad, pudiendo ser vista antes de la destrucción cartilaginosa ósea. (FIRESTEIN, 2003). En la fase inicial ocurre edema o dolor en el antepie en 80 a 90% de los casos. (KIHARA et al., 2007).

Las manifestaciones de la artritis reumatoide en el pie son muy frecuentes, precoces e incapacitantes, siendo a veces el primer señal de enfermedad. La evolución clínica del pie reumatoide puede ser dividida en cuatro etapas, según Silveira (1999):

- primera etapa: no existe deformidades óseas ni indicaciones para tratamiento quirúrgico;
- segunda etapa: fue comprometimiento articular, pero sin deformidades fijas;
- indicaciones de sinovectomía: en los casos en que no tenga respuesta al tratamiento clínico, a las articulaciones del tobillo, metatarso falangianas responden mejor con sinovectomía;
- tercera etapa: deformidades con lesiones de las partes blandas; hay indicación de sinovectomía, transferencia tendinosas, liberación de partes blandas periarticulares y capsulotomías;
- cuarta etapa: presencia de deformidades y destrucción articular, estando indicados procedimientos quirúrgicos reconstituyentes.

La terapia precoz con drogas modificadoras de la historia natural de la enfermedad es fundamental para mejorar la evolución radiológica y funcional de los pacientes y tiene como finalidad y supresión completa del proceso inflamatorio articular, reduciendo el daño estructural y funcional.

Para eso, son necesario un diagnóstico precoz y un buen método para acompañar la progresión

de la enfermedad. (MÖTTÖNEN; HANNOVEN; LEIRISALO-REPO, 1999; BARTHON et al., 2000; PINTO; MIGUEL; REZENDE, 2006).

El uso de palmillas han sido rutinario en el tratamiento de los pies reumatoides, buscando la mejor distribución de carga en la superficie plantar, el mejor apoyo para los pies y, en recurrencia, al alivio del dolor y mejora funcional. (MAGALHÃES; JORGE FILHO; BATTISTELLA, 2003; LI et al., 2000; WOODBUM; BARKER; HELLIWELL, 2002). El tratamiento fisioterápico es usado para preservar la capacidad funcional de la articulación, evitar las atrofiaciones musculares y prevenir deformidades articulares. (ROTÉS; COTS, 2003).

Artritis psoriasica:

Es una enfermedad asociada a la psoriasis de la piel o de las uñas, con factor reumatoide negativo. Puede ser agresivo, dejando el paciente incapacitado para realizar funciones del día a día. (MACHADO; ATAÍDE; SANDRI, 2005). Es frecuente el acometimiento asimétrico de los pies y principalmente de las articulaciones interfalangeanas distales, asociado con lesiones psoriasicas de las uñas adyacentes.

Se observa la reabsorción ósea, con hipotrofia de las partes blandas, y, a veces, la destrucción de las falanges proximales. (MARTORANA, 2001). El tratamiento es medicamentoso con analgésicos y desbridamientos periódicos. (LOYOLA et al., 2005).

Gota:

Es una de las enfermedades de más larga historia, de patogenia relacionada con el metabolismo del ácido úrico. Entre el 50 y 70% de los ataques iniciales ocurren en la articulación metatarso falangiana del hallux y el tratamiento es siempre clínico. La artritis gotosa crónica con depósito tofáceos es poco frecuente. Es más frecuente en hombres de media edad, obeso, hipertenso y por veces diabéticos, que usualmente presenta consumo aumentado de bebidas alcohólicas.

En los casos crónicos, con grandes depósitos de tofáceos o de deformidades articulares, están indicados la resección de ese material y el desbridamiento periarticular, desde que sobre control clínico eficaz del paciente. (COLLET, 2002; CRUZ, 2006).

Afecciones vasculares

Las afecciones vasculares son, probablemente, los problemas en los pies de mayor gravedad, por cuenta de la rapidez de su apareamiento, de

la lentitud, de la imprevisibilidad su evolución y de la impotencia funcional que provocan y de los riesgos de la amputación en el caso de la mala evolución. La constitución de úlceras vasculares, las más frecuente de origen venosa, explicase fácilmente por las modificaciones de la piel y de la estática del pie de la persona anciana.

Las insuficiencias venosas pueden provocar la formación de úlceras; por eso, precauciones deben ser tomadas, como, por ejemplo, usar un buen calzado para evitar los traumatismos, tratar prontamente infecciones, corregir las deformaciones y asegurar una buena contención por medio de medias suaves. (ROACH, 2003).

El examen sistemático del pie debe pesquisar las pequeñas lesiones de los dedos y de los espacios interdigitales, especialmente en los enfermos que tengan comprometimiento arterial de los miembros inferiores. La desconsideración de esos aspectos puede llevar a la amputación con pronóstico reservado en una persona anciana.

Las úlceras son frecuentes en los calcañares y atingen también las regiones maleolares y los bordos de los pies. La fragilidad de la piel del anciano facilita su formación. El mal estado general del paciente y otro factor de riesgo y, probablemente, el más relevante. No se puede dejar de comentar las úlceras por presión, mucho más frecuentes en los ancianos acamados y que se desenvuelven por cuenta de la presión ejercida en puntos principalmente de salientes óseas en los pies. La diabetes mellitus desempeña un papel importante en las alteraciones tróficas por causar vasculopatías, facilitar la infección de heridas y por las alteraciones neurológicas que provoca. (MARTINEZ;AUN, 2006).

Afecciones neurológicas

Varias afecciones neurológicas afectan las personas ancianas. Muchas de ellas pueden afectar la función del pie, como, por ejemplo, las neuropatías periféricas por alteraciones metabólicas, carencias, pos-traumáticas y degenerativas. Frecuentemente muy dolorosas, pueden perjudicar y hasta mismo impedir la caminata.

La espasticidad causada por la síndrome piramidal y extrapiramidal y pueden comprometer la caminata tanto por componente doloroso como por las modificaciones de las puntas del apoyo. El pie flácido pos-hemipléjico está en el origen de las deformaciones, como el pie varo equino, si no fueron tomadas medidas de prevención.

La síndrome de compresión del nervio tibial posterior, o síndrome del túnel tarsal, es muy frecuente, pero poco diagnosticada, y ocurre en vir-

tud de la compresión del nervio tibial posterior y sus ramos en su camino retromaleolar medial, provocando un cuadro doloroso muy confundido con la fascitis plantar. El dolor, a veces muy incapacitante, se irradia desde el punto de compresión retromaleolar hasta la face medial y plantar del calcáneo, pudiendo ampliarse hasta la región metatarsal. Queja de dolor matinal es frecuente antes de iniciar la deambulación. El tratamiento de esta condición patológica generalmente es quirúrgico (transferencia tendinosa o artrodesis) e intenta, fundamentalmente, el restablecimiento de la anatomía y función del pie. (CAILLIET, 2005).

La neuropatía diabética interrumpe frecuentemente la sensibilidad superficial del pie, con perca de la sensibilidad al dolor, que puede contribuir para el apareamiento de las lesiones tróficas graves y osteoartropatías. (GARBINO, 2006).

Neuroma de Morton:

Es la causa común de la metatarsalgia, desencadenado frecuentemente por la compresión mecánica de los ramos digitales de los nervios plantares, con la formación de una pequeña masa al redor del nervio plantar común que pasa en bajo del pie, en el punto en que este se divide en dos ramos, que se dirigen a los dedos. (BARRÓCO;NETTO;NERY, 1998). Localizase entre la tercera y la cuarta cabeza de los metatarsos. La predilección por el sexo femenino sugiere que la lesión sea desencadenada por el uso de zapatos del taco alto, con lo que ocurre un aumento de la presión en la cabeza de los metatarsos y, consecuentemente, compresión del nervio.

El neuroma causa dolor punzante en el antepie, llevando al paciente, en ciertas ocasiones, a retirar el zapato y masajear los dedos. El dolor irradia para los dedos, pudiendo ocurrir fenómenos parestésicos en las áreas inervadas por sus ramos, con la sensación de quemazón. (BARBOSA et al., 2005). El tratamiento inicial es direccionado al cambio del hábito cuanto al uso de calzados, dándose preferencia al uso del salto menor y pico más largo; también es instituido el uso de anti-inflamatorios no hormonales y fisioterapia con alongamiento de la fascia plantar y flexores de los dedos y ultrasonido.

Pueden ser usadas como coadyuvantes palmillas para supresión de carga en la región metatarsal acometida, con barra retro capital. También pueden ser usadas infiltraciones con esteroide y anestésico local para un alivio más prolongado (HIGGINS et al., 1998). Cuando el tratamiento conservador fallar, otros métodos pueden ser usados, incluyendo neurolisis y liberación quirúrgica del ligamiento metatarsal

Tea Tree® A marca da Podologia.



Benefeet: Para as mãos, unhas, pés e calcanhares.

- Contém óleo de melaleuca (tea tree) australiano, eficiente fungicida e bactericida natural;
- Auxilia no tratamento de rachaduras, calosidades, micoses, frieiras e mau-odor;
- Em uma semana o cliente já sente os resultados no controle das rachaduras;
- É a mais moderna tecnologia em formulação para a Podologia;
- Deixa as mãos, pés e calcanhares, lisos e macios;
- Contém o óleo de tutano que fortalece as unhas e cutículas;
- Contém queratina que promove hidratação intensiva evitando o ressecamento da pele;
- Presente nas melhores clínicas de Podologia.

Modo de Usar:

Aplique quantas vezes desejar durante o dia e a noite, sobre as mãos, unhas, pés e calcanhares, massageando e espalhando bem o produto. Benefeet não engordura e tem excelente absorção. É ideal para uso diário.



Tratamento



Tecnologia



Natureza



Footness: Desodorante para os pés e calçados.

- Contém óleo de melaleuca (tea tree) australiano, fungicida e bactericida natural;
- Com agentes desodorantes e condicionantes que protegem os pés dos odores da transpiração;
- Sua ação é deliciosamente refrescante, desodorante e relaxante para os pés;
- Ideal para as pessoas que transpiram os pés durante o dia;
- Elimina os odores da transpiração dos pés e calçados;
- O óleo de melaleuca é eficiente nos casos de: frieiras, micoses e mau-odor.

Modo de Usar

Sempre após lavar e secar bem os pés, aplique o jato desodorante nos pés, entre os dedos, nas meias e nos calçados durante o dia e a noite ou sempre que desejar.



Consulte um Podólogo

Fone: + 55 (31) 3334-3953

www.teatree.com.br

teatree@teatree.com.br

facebook 

www.facebook.com/tea.tree.1276

transverso para descompressión. (WU, 2000).

CONCLUSIÓN

Se concluye que los problemas en los pies del anciano son frecuentes y exigen gran atención cuanto al diagnóstico correcto y al tratamiento adecuado, en recurrencia del gran declinó funcional que podrá estar asociado a estes.

La pérdida de la capacidad de locomoción puede tener un efecto en cascada sobre la autoestima, dignidad y deseo del anciano de continuar contribuyendo para la sociedad en que vive. Muchos de los problemas relatados pueden ser prevenidos fácilmente, posibilitando condiciones de autonomía e independencia a los ancianos.

Autores

Sabrina Canhada Ferrari

Fisioterapeuta. Mestra e doutoranda em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo. Fisioterapeuta afiliada ao Instituto de Geriatria Gerontologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Endereço para correspondência: Sabrina Canhada Ferrari, Rua Antonio Carlos, 196/43a, CEP 01309-010, São Paulo SP, E-mail: sabrinacferrari@yahoo.com.br.

Fânia Cristina dos Santos

Médica. Doutora em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo. Médica Geriatra do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo.

Miriam da Silva Lopes Araújo

Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo.

Maysa Seabra Cendoroglo

Médica. Mestra em Epidemiologia e Doutora em Ciências da Nutrição pela Unifesp. Chefe da disciplina de Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo.

Virginia Fernandes Moça Trevisani

Médica. Mestra e Doutora em Reumatologia pela Universidade Federal de São Paulo. Docente da disciplina de Medicina Interna e Terapêutica da Universidade Federal de São Paulo.

Matéria publicada na Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 106-118, jan./abr. 2009

REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. G. et al. Estudo retrospectivo do tratamento cirúrgico do neuroma de morton por via plantar. *Acta Ortop. Bras.*, v. 13, n. 5, p. 258-260, 2005.

BARRÔCO, R. S.; NETTO, A. A.; NERY, C. A. S. Tratamento do neuroma de morton pela via plantar: avaliação dos resultados cirúrgicos. *Rev. Bras. Ortop.*, v. 33, n. 7, p. 532-536, 1998.

BARTHON, J. M. et al. A comparison of etanercept and methotrexate in patients with early rheumatoid arthritis. *N. Engl. J. Med.*, v. 343, p. 1586-1593, 2000.

BERQUÓ, E. Considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A. L. (Org.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papyrus, 1999. p. 11-40.

CAILLIET, R. *Dor no pé e no tornozelo*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CARVALHO, A. E. J. Hálux valgo no adulto. *Clin. Orthop.*, v. 2, p. 365-378, 2001.

CHAN, M. K. T.; CHONG, L. Y. A prospective epidemiologic survey on the prevalence of foot disease in Hong Kong. *Journal of American Podiatric Medical Association*, v. 92, n. 8, p. 450-456, 2002.

CHANUSSOT, C.; ARENAS, R. Infecção micótica plantar e interdigital em pacientes com onicomicosis. *Rev. Iberoam. Micol.*, v. 24, p. 118-121, 2007.

COLLET, B. S. Problemas do pé. In: ABRAMS, W. B.; BERKOW, R. (Ed.). *Manual Merck de informações médica*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002. p. 281-288.

CRUZ, B. A. Gota. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 419-422, 2006.

DANDY, D. J. Distúrbios do tornozelo e do pé. In: *Ortopedia e traumatologia prática*. Diagnóstico e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 415-429.

FIRESTEIN, G. S. Rheumatoid synovitis and pannus. In: HOCHBERG, M. C. et al. *Rheumatology*. 3. ed. St. Louis: Mosby, 2003. p. 855-884.

FREY, C. Foot health and footwear for women. *Clin. Orthop.*, v. 372, p. 32-44, 2000.

GARBINO, J. A. Avaliação eletroneuromiográfica da neuropatia diabética. In: KUHN, P. O pé diabético. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 159-167.

GARROW, P. A. et al. Development and validation of a questionnaire to assess disabling foot pain. *Pain*, v. 85, p. 107-113, 2000.

HELFAND, A. E. Foot problems in older patients – A focused podogeriatric assessment study in ambulatory care. *Journal of American Podiatric Association*, v. 94, n. 3, p. 293-304, 2004.

HIGGINS, K. R. et al. Soro negative rheumatoid arthritis and morton's neuroma. *J. Foot. Surg.*, v.

27, p. 404-407, 1998.

IGNÁCIO, H. et al. Estudo retrospectivo da osteotomia da base do primeiro metatarso como tratamento do hálux valgo. *Acta Ortop. Bras.*, v. 14, n. 1, p. 48-52, 2006.

KIHARA, A. et al. Diagnóstico por imagem do antepé de pacientes com artrite reumatóide inicial. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 123-126, 2007.

LI, C. Y. et al. Biomechanical evaluation of foot pressure and loading force during gait in rheumatoid arthritic patients with and without foot orthosis. *Kurume. Med. J.*, v. 47, p. 211-217, 2000.

LOYOLA, A. J. C. et al. Influximab no tratamento da artrite psoriásica grave. *An. Bras. Dermatol.*, v. 80, n. 5, p. 535-537, 2005.

MACHADO, A. P. B.; ATAÍDE, D.; SANDRI, C. Importância do raio X e exame físico no diagnóstico da artrite psoriática e sua prevalência no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. *Rev. Bras. Dermatol.*, v. 80, n. 3, p. 345-351, 2005.

MAGALHÃES, E. P.; JORGE FILHO, D.; BATTISTELLA, L. R. Pés reumatóides: avaliação pela podobarometria dinâmica computadorizada e restauração funcional com órteses plantares. *Acta Fisiátrica*, v. 10, n. 2, p. 78-82, 2003.

MARTINEZ, A. R.; AUN, R. Avaliação e intervenção vascular. In: KUHN, P. O pé diabético. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 77-92.

MARTORANA, V. J. A saúde dos pés no idoso. In: GALLO, J. J. et al. (Org.). *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 360-367.

MASCARÓ, R. Patologia dos dedos. In: VILADOT, A. 15 lições sobre patologia do pé. 2. ed. Rio de Janeiro, 2003. p. 165-187.

MEILSLER, J. G. Toward optimal health: the experts discuss foot care. *J. of Women's Health*, v. 7, n. 6, p. 659-663, 1998.

MENZ, H. B. MORRIS, M. E. Footwear characteristics and foot problems in older people. *Gerontology*, v. 51, p. 346-351, 2005.

MÖTTÖNEN, T. et al. Comparison of combination therapy with single-drug therapy in early rheumatoid arthritis: a randomised trial. *Lancet*, v. 353, p. 1568-1573, 1999.

NERY, C. A. S. et al. Avaliação radiológica do hálux valgo: Estudo populacional de novos parâmetros angulares. *Acta Ortop. Bras.*, v. 9, n. 2, p. 41-48, 2001.

PINTO, M. J. Os pés do idoso e suas repercussões na qualidade de vida. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 690-698.

PINTO, M. R. C.; MIGUEL, R. C. C.; REZENDE, G. G. Tratamento da artrite reumatóide. *Ver. Bras. Reumatologia*, v. 46, n. 3, p. 219-223, 2006.

ROACH, S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROTÉS, M. T.; COTS, R. O pé na artrite reumatóide. In: VILADOT, A. 15 lições sobre patologia do pé. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 189-199.

SALGADO, M. A. Envelhecimento populacional: desafio do próximo milênio. *A Terceira Idade*, São Paulo, v. 10, p. 31-37, 1998.

SALÓ, J. M. Metatarsalgias. In: VILADOT, A. 15 lições sobre patologia do pé. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 146-164.

SILVA, M. R. Onicomicoses: diagnóstico diferencial. *Dermatologia Atual*, v. 6, p. 627-634, 2000.

SILVEIRA, A. C. M. Pé do idoso. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. (Ed.). *Clínica e cirurgia geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 503-512.

SODEMAN, W. A. J.; SODEMAN, T. M. *Instructions for geriatric patients*. 2. ed. Philadelphia: Saunders, 1999.

WOODBUN, J.; BARKER, S.; HELLIWELL, P. S. A randomized controlled trial of foot orthoses in rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.*, v. 29, p. 1377-1383, 2002.

WU, K. K. Morton neuroma and metatarsalgia. *Cur. Opin. Rheumatol.*, v. 12, p. 131-142, 2000.

www.revistapodologia.com

Visite nuestro sitio y vea las novedades:
Congresos, Cursos, Empresas, etc.



Tecnologia de ponta para tratamento dos pés



Pedra Hume em Gel

1º Pedra Hume em Gel do Brasil!

- Óleo de Melaleuca: Antisséptico
- Extrato de Hamamélis: Adstringente
- Fácil aplicação
- Higiénico
- Mais de 200 procedimentos
- Eficaz, efeito instantâneo!



Creme de Hidratação Intensiva

Excelente Absorção: Segurança e Conforto

- Lanolina: Formação de barreira anti-ressecamento, altamente hidratante e restaurador
- Desenvolvido para peles extremamente ásperas, ressecadas e com fissuras
- Desodorizante vegetal: Agente antimicrobiano que reduz o mau odor
- Pantenol: Restaurador celular e umectante
- Óleo de Amêndoas e Calêndula: Emoliente, Hidratante, Nutritivo e cicatrizante



Efoliante em Creme

Remoção eficaz das células mortas e impurezas da pele

- Casca de noz: Efoliante Natural para limpeza e renovação celular
- Óleo de Amêndoas: Emoliente, Hidratante e Nutritivo
- Mentol: Ação refrescante e imediata
- Desodorizante Vegetal: Reduz o mau odor



**ESTAMOS
CADASTRANDO
DISTRIBUIDORES**

Conheça outros produtos inovadores:

www.primesensecosmeticos.com.br
11-2036-8073 | contato@primesensecosmeticos.com.br

Presença confirmada nos principais eventos do setor em 2014!

Estudio de Caso - Herida

Enfermera y Podóloga Maxsandra Ferreira. **Brasil.**

PACIENTE

Paciente sexo masculino, 35 años, diabético, hipertenso, nefropata y cardíaco. Usuario de Inalapril, Alodipina, Flurosemida y Etanolol.

CARACTERÍSTICAS DE LA HERIDA

Herida de pequeño diámetro abierta hace dos meses, debido a la presión de la última articulación de los dedos 2° y 3° del pies derecho, con presencia de pequeño callo óseo.

Presencia de onicomicosis en todas las uñas del pie.

TRATAMIENTO

Después del desbridamiento en el día 06/12/13, inicio el tratamiento con alginato de calcio con cambio a cada dos días para controlar la exudación moderada.

En 10/12/13 se inicio tratamiento con hidrogel con cambios diarios, para mantener medio húmedo ideal.

En 17/12/13 se inicio tratamiento con PROMOGRAN PRISMA® matriz de colágeno/ORC y plata para estimular la cicatrización cubierto con tejido no adherente de silicona con doble malla de algodón ADAPTIC® DIGIT, para evitar adherencia y proporcionar comodidad y movilidad al dedo, con cambios a cada cuatro días.

En 06/01/14 la herida presentaba excelente evolución, fue mantenido tratamiento con PROMOGRAN PRISMA® y ADAPTIC® DIGIT como curativo secundario.

En 28/01/14 la herida estaba cerrada, y fue mantenido apenas el ADAPTIC® DIGIT para mantener la comodidad y proteger tejido neo formado.



Figura 1 - 17/12/13



Figura 2 - 23/12/13



Figura 3 - 06/01/14

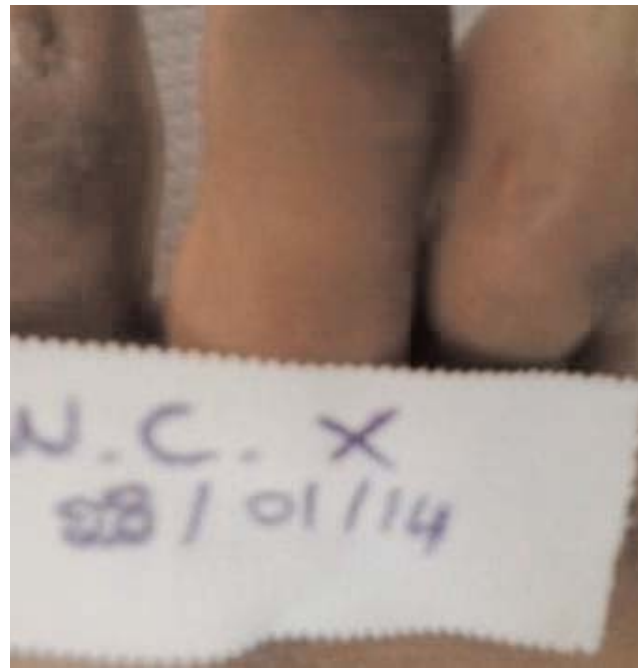


Figura 4 - 28/01/14



PROMOGRAN PRISMA®
como cobertura primaria.

RESULTADOS

Cicatrización rápida y con buena calidad. La duración total del tratamiento fue de 42 días. Considerando la clínica del paciente, este puede llevar su vida normalmente.

CONCLUSIÓN

Los cambios de curativos eran rápidos e indoloros. El paciente relato que no tubo mudanzas

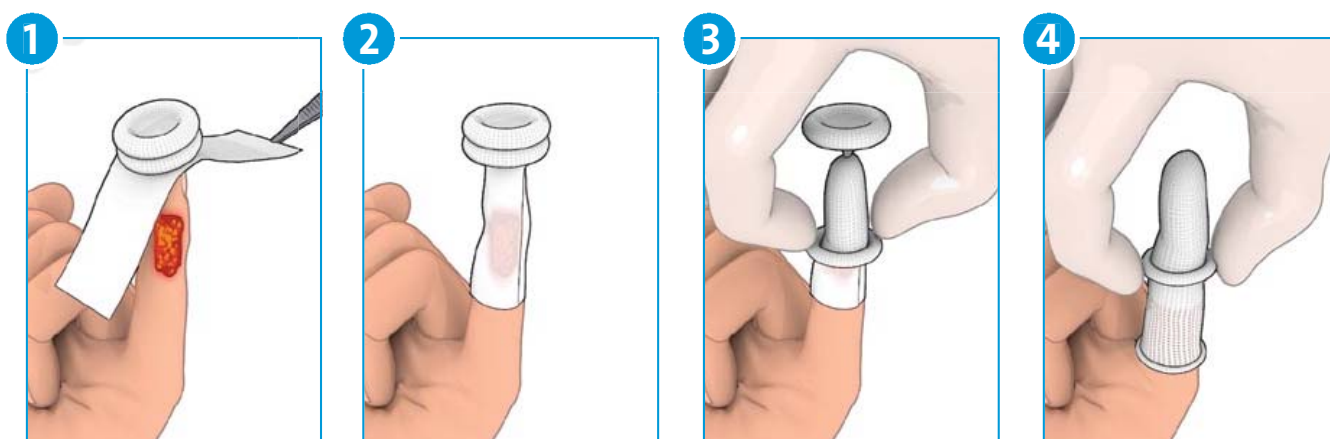


ADAPTIC® DIGIT aplicado.

en su rutina, siendo muy confortable y seguro. Óptima apariencia del curativo.

Autora:
Enfermera y Podologa Maxsandra Ferreira
maxsandra@clinicapodologicasaocamilo.com.br
www.clinicapodologicasaocamilo.com.br
Belo Horizonte - MG - Brasil

FÁCIL DE APLICAR E REMOVER



ADAPTIC® DIGIT MALHA NÃO ADERENTE DIGITAL

◆ Let's Comfort®

ADAPTIC® DIGIT é composto por uma malha de acetato revestida com silicone de suave adesão ligada a uma bandagem tubular dupla especificamente concebida para se ajustar aos dedos das mãos e dos pés.

- Tratamento rápido e conveniente para lesões digitais simples ou graves¹
- Adaptável e não faz volume, permitindo assim a máxima flexibilidade dos dedos¹
- Removido de forma limpa da ferida, minimiza a dor e o trauma¹



Clique aqui para assistir ao vídeo de como usar

Para mais informações ou solicitar uma visita, entre em contato: podologia@systagenix.com ou 0800-7611693



Também disponível para
dedos dos pés.

Integrante da família  LET'S HEAL™


Let's heal™



6º CONGRESSO DE PODOLOGIA
- 28 DE JULHO DE 2014 -
 Grande oportunidade para se aperfeiçoar
 com os melhores profissionais do Brasil.

11ª edição

INTERNATIONAL
 PROFESSIONAL

fair

FEIRA PROFISSIONAL DE BELEZA
 26 a 28 de julho de 2014
 EXPOMINAS - BH MG

Mais informações:
 (31) 3273.9083
professionalfair.com.br
feiraprofissionaldebeleza.com.br
facebook.com/professionalfair

Realização



2014

expo**hair**

cabelo & estética

10 e 11
agosto
ribeirão
preto

10
anos
edição
comemorativa

cabelo

estética

podologia

tendências

conferências

workshops

[www.expo**hair**.com.br](http://www.expohair.com.br)

10 de Agosto - Congresso de Podologia



—BEAUTY FAIR— **10** anos
Feira Internacional de Beleza Profissional

7º CONGRESSO DE PODOLOGIA

TÉCNICAS, TENDÊNCIAS E
INOVAÇÕES

Em breve, programação e informações pelo site
www.beautyfair.com.br
ou pelo telefone 11 3373-4633



Reserve esta data

08
de setembro
de 2014

Expo Center Norte
São Paulo - SP - Brasil



BEAUTY FAIR
ESTÉTICA & SPA

Neuropatía de Charcot (II). Tratamiento ortésico.

Jordi Viadé Julià - Jordi Carbó Perez. España.

INTRODUCCIÓN

La ortesis es uno de los pilares imprescindibles en el tratamiento del pie de Charcot. No existe un método estándar eficaz al 100 %, puesto que cada paciente es distinto y, además, el tratamiento, debe estar en concordancia con la fase, el grado de deformidad y la presencia o no de úlcera.

El pie de Charcot, en la mayoría de los casos, suele ser unilateral, pero no hay que dejar de lado la sobrecarga de la extremidad “sana”, puesto que también puede desarrollar la enfermedad o generar molestias de cadera por la diferencia de altura a causa de la ortesis.

FASE I O DE FRAGMENTACIÓN

En esta fase, el pie tiene un aspecto prácticamente normal, aunque ya empiezan a existir una serie de cambios visibles radiológicamente (figuras 1 y 2) como osteopenia, fragmentación periarticular, subluxación o luxación articular o aumento de la laxitud ligamentosa; en la mayoría de los casos esos cambios pasan inadvertidos o reciben un diagnóstico erróneo (gota, celulitis, esguince, trombosis venosa profunda [TVP]) y, en consecuencia, reciben un tratamiento inadecuado.

Con ello se retarda el diagnóstico correcto y este factor comportará una progresión de la



Fig. 2



Fig. 1

deformidad (figura 3) y complicaciones tardías importantes.

Durante esta fase, existe un incremento de temperatura dérmica debido al aumento del flujo sanguíneo a causa de la denervación simpática de las arteriolas, lo cual también contribuye a una porosidad anormal del hueso; ahora es cuando la deformidad se puede desarrollar más. En esta fase es primordial la inmovilización y descarga de las articulaciones.

Por ello estarán indicadas las ortesis de descarga total (figura 4).



Fig. 3



Fig. 4

En nuestra Unidad utilizamos para la inmovilización el Plasticcast, ya que nos permite controlar y estabilizar la deformidad, en la mayoría de los casos, evitando su progresión, así como favorecer el reposo de los tejidos, disminuir el edema e impedir la ulceración.

La utilización temprana del Plastic cast es fundamental para la evolución del pie. Esta fase se puede prolongar durante 2-3 meses o más si existe úlcera e infección (figura 5).

Algunos casos pueden precisar estabilizaciones de carácter quirúrgico de entrada (figuras 6 y 6a).

FASE II, O DE COALESCENCIA

Representa la etapa inicial de la curación, y en ella la hiperemia y el edema casi no están presentes.

En esta fase hay que valorar si ya es posible sustituir el Plasticcast por un soporte plantar. Por ello, hay que conocer si el pie sigue con actividad o no. Para ello, existen dos técnicas.



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 6a

La más sencilla consiste en medir la temperatura dérmica con un termómetro láser (único signo de inflamación cuantificable, figura 7), en la zona afectada comparándolo con el miembro contralateral (en el mismo lugar).



Fig. 7

Laser na Podologia



Faça como milhares de **PODOLOGOS (AS)** do Brasil e da América do Sul adquira um **EQUIPAMENTO** que faça a **DIFERENÇA!**

Os equipamentos da **Ecco Fibras** vem com todos os Registros necessários para garantir a Segurança e a Qualidade para com seus Clientes

REGISTRO
ANVISA

SELO
INMETRO

Veja algumas patologias onde o Laser tem total eficácia

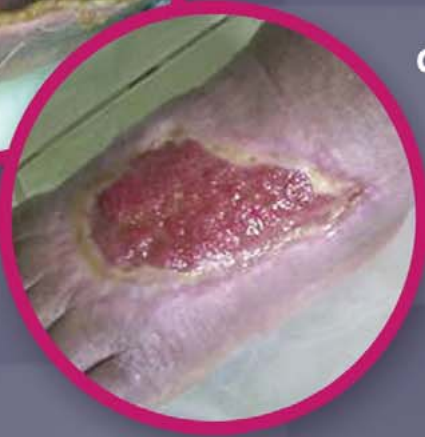
- Onicomiose
- Onicocriptose
- Verruga Plantar
- Esporão de Calcâneo
- Pé Diabético
- Bolhas por Atrito
- Bicho Geográfico e muito mais!





Tratamento de Úlcera de Estase Venosa

Resultados em apenas 1 MÊS
de aplicação do Laser Vermelho



Casuística: Podólogo Ítalo Batista Ventura

Tratamento de Onicomiose

Onicomiose de 20 ANOS
utilização da (TFD)
terapia fotodinâmica



Casuística: Podólogo Elias Melo

Tratamento de Verruga Plantar

Tratamento realizado
em 3 Meses



Casuística: Podóloga Luiza de Suzano

**Ecco Fibras investe em tecnologia
com responsabilidade para inovar e
garantir o seu sucesso**

Cuando la diferencia entre el miembro afectado y el sano es mayor de 2°C, descartando la posibilidad de infección, es altamente sugerente de Charcot con actividad.

Cuando la diferencia de temperatura entre ambos pies es menor o igual a 2 °C, se podría interpretar como la finalización del período agudo y podremos sustituir el Plasticcast por un soporte plantar. En caso contrario, habrá que repetir la medición al cabo de unas 4 semanas, hasta que se normalice.

El otro método, más complejo y costoso, es la tomografía por emisión de positrones (PET, figura 8). Mediante esta técnica se calcula la actividad del pie o SUV (índice captación de lesión/dosis/peso del paciente).

El valor de normalidad oscila entre 1,8 y 2,3.

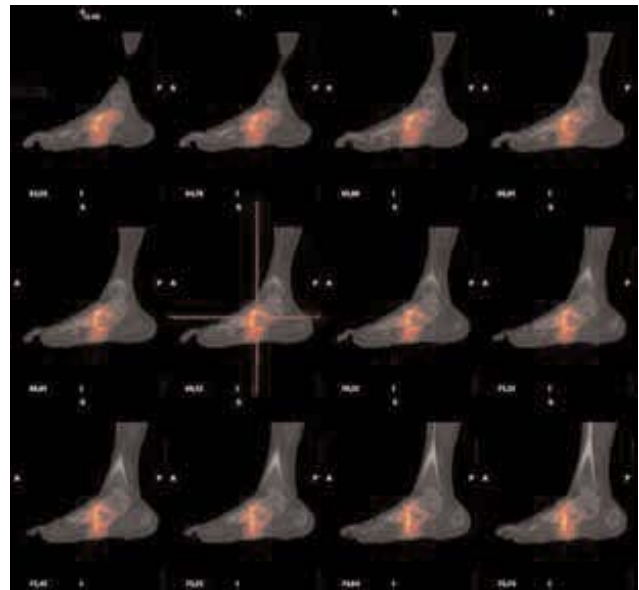


Fig. 8

FASE III O DE RECONSTRUCCIÓN

Ya no existen signos inflamatorios y el pie poco a poco va progresando hacia la estabilidad.

El paciente casi realiza una actividad normal (figura 9).

En este período se utilizaron soportes plantares para contribuir a la estabilidad, evitar, en lo posible, el colapso óseo y prevenir úlceras (figura 10 y 11).

Como elaborar una ortesis para pie de Charcot?

Para confeccionar una ortesis con la eficacia deseada para pie de Charcot, ya sea un soporte plantar o un Plasticcast, se deberá cumplir una serie de objetivos:

- Descargar y aislar los puntos de presión.
- Dsiminuir los impactos.
- Compensar estructuras articulares y óseas.
- Proporcionar estabilidad.
- Substituir la almohadilla plantar.



Fig. 9

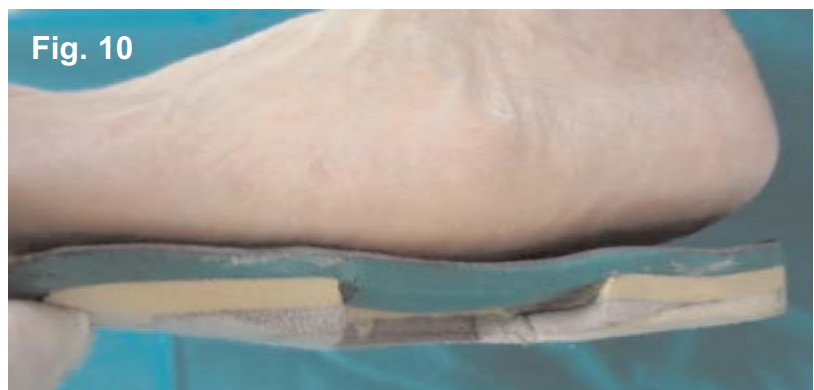


Fig. 10



Fig. 11

Ortesis de descarga total: Plasticcast

El Plasticcast está indicado en la fase aguda, con úlcera o sin ella.

Las prominencias óseas se marcarán como si fueran zonas con úlcera y se realizará la descarga correspondiente con fieltros de 1 cm o más. La ortesis se calzará con una base entera tipo Tovipie® largo o calzado postquirúrgico (figura 12).



Fig. 12

Soportes Plantares

Están indicados en las fases II y III, úlceras muy superficiales o cicatrizadas.

Características: Generales

- Confeccionados con materiales muy absorbentes.
- Anchura suficiente (pies muy deformados).
- Evitar la hipercorrección (arcos interno y externo).
- Descargas amplias de los puntos, de presión.

Materiales para la confección de soportes plantares

El control biomecánico en pacientes de riesgo requiere que los materiales sean capaces de resistir las grandes deformidades pero respetando las características de sensibilidad alterada, edemas, fragilidad dérmica, o úlcera. Por ello deberemos conocer a priori las características de los materiales, sus propiedades físicas y usos biomecánicos.

Debemos excluir los materiales rígidos sin ningún grado de flexibilidad (figura 13).



Fig. 13

Siempre hay que utilizar materiales flexibles, con grados de elasticidad variables. En función de la morfología y de la movilidad articular de cada zona del pie, la flexibilidad será variable. Los parámetros que se deben tener en cuenta y que determinan la rigidez y flexibilidad son el grosor, la densidad y la dureza del material. (véase revista *Pie Diabético Digital* n.º 2).



Fig. 15

Los materiales que utilizamos, permiten adaptarnos a la flexibilidad deseada mediante el grosor, el pulido y las capas del mismo; de esta forma tenemos en cuenta los cambios de volumen del pie, la fragilidad dérmica, los puntos de hiperpresión y las compensaciones biomecánicas ya instauradas e irreductibles.

Para lograr absorber las presiones y amortiguarlas, los materiales deben basarse fundamentalmente en las propiedades de elasticidad y restitución, compresibilidad y flexibilidad. La absorción de impactos puede ser necesaria en cualquier zona plantar y lateral del pie de Charcot y es el objetivo terapéutico más presente en la mayor parte de tratamientos ortopodológicos en estos pacientes.

La característica de la compresibilidad es esencial en los pacientes de riesgo con edemas vasculares para evitar fricciones y lesiones por compresión en los momentos de máximo edema.

Como los edemas en pacientes de riesgo suelen ser variables, la elasticidad del material y la restitución de éste también tendrán gran importancia.

Los materiales utilizados con todas estas propiedades y que cumplen estas características tienen el inconveniente de que van perdiendo grosor, memoria y elasticidad.

Debido a la acción continuada de cargas e impactos, acaban perdiendo parte de sus propiedades y cualidades, por lo que exigen una revisión y una renovación más frecuentes.

Calzado

Diferentes estudios han demostrado la relación existente entre un calzado adecuado y la reducción del número de lesiones y recidivas.

En consecuencia, utilizar un calzado apropiado es fundamental para el paciente diabético con

pérdida sensorial y/o deformidades, para mejorar la estabilidad y confort del paciente se utilizará un calzado con ancho 16, pala de licra, y caña alta (figura 14).

La utilización de un calzado de caña alta o de profundidad superior es para contrarrestar la elevación del calcáneo (figura 15), que, por hundimiento del mediopié y el grosor del soporte plantar, provoca que el retropié no quede bien sujeto al zapato.



Fig. 14

Jordi Viadé Julià * - Jordi Carbó Perez **

*Fundación Rossend Carrasco i Formiguera.
Barcelona

**Podólogo especialista en diabetes. Pamplona

Materia extraída de la
Revista Pie Diabético Nº 13 - Octubre 2011
www.revistapiediabetico.com

BIBLIOGRAFÍA

Viadé, J; Huguet, T. Plasticcast www.revistapiediabetico.com Octubre 2010

Carbó, J Propiedades y criterios de elección de materiales en la confección de soportes plantares para pacientes de riesgo. www.revistapiediabetico.com febrero 2008

Viadé J. Pie diabético: Guía práctica para la evaluación diagnóstica y tratamiento Madrid: Editorial médica Panamericana 2006.

Fractures associated with neuropathic arthropathy in adults Who have juvenile-onset diabetes. Clohisy DR, Thompson, RC Jr: *J Bone Joint Surg Am* 70(8):1192-1200

The diabetic foot Marvin E. Levin, Lawrence W. O'Neal, John H. Bowker, Michael A. Pfeifer

The diabetic foot Lee C. Rogers, Vincent J. Mandracchia - 2008

NEUROPATIA DE CHARCOT. Jordi Asunción, Paula Andrea Valcárcel, Daniel Poggio. Unidad de Pie y Tobillo. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. www.revistapiediabetico.com junio 2011.

Produtos para Podologia

AGE PROFESSIONAL

BIOSOMA PROFESSIONAL LOÇÃO DÉRMICA A.G.E.

Fórmula diferenciada, elaborada com óleos vegetais nobres de Groselha negra, de Framboesa e de Copaíba acrescidos da Vitamina A e E.

Composição potente e concentrada nos ácidos graxos essenciais poli-insaturados linoleico e linolênico, muito eficaz no tratamento das disfunções cutâneas, principalmente àquelas com inflamação e vermelhidão.

Auxilia nos procedimentos podológicos que necessitam cicatrização, recuperação celular e proteção da pele.



BIOSOMA PROFESSIONAL CREME HIDRATANTE



É um creme naturalmente amanteigado que forma uma forte base hidratante de alta fixação, ideal para recuperação de peles sensíveis, secas e extremamente secas.

As manteigas especiais que compõem a fórmula amaciam a pele e recuperam sua elasticidade e mantêm a pele protegida e hidratada por um longo período.

Ideal para amolecer cutículas, calosidades, e recuperar as peles ásperas e doentes dos pés.

BIOSOMA PROFESSIONAL LOÇÃO CREMOSA

Fórmula de alta tecnologia, com propriedades de proteção e hidratação reforçadas. Os Biossacarídeos presentes na fórmula são formadores de barreira e filmes protetores. Os óleos de Groselha Negra e Framboesa possuem alta concentração de ácidos graxos essenciais poli-insaturados.

Ação eficaz onde há o comprometimento da função barreira e da capacidade regenerativa da pele. Possui ainda a TEFLOSE, um biossacarídeo que impede a aderência de bactérias na pele, ajudando a combater o mau cheiro nos pés.



BIODOMANI LOÇÃO PREPARATÓRIA PARA OS PÉS



Fórmula balanceada, excelente para ser usada no início e no final dos procedimentos podológicos com o objetivo de preparar os pés para receber o tratamento. É um produto desenvolvido a base de óleos essenciais, álcool de cereais e extrato especial de Aloe Vera que juntos auxiliam na assepsia inicial dos pés, refrescância e também em sua hidratação.

Disponível em duas versões:

GREEN: com óleos essenciais de Tea Tree, Alecrim e Menta

LAVANDA: com óleos essenciais de Lavanda e Menta

AGE DAILY

BIOSOMA DAILY LOÇÃO DÉRMICA A.G.E.

Formulado com Óleo de Girassol que é rico em ácidos graxos essenciais (A.G.E), Vitamina A e Vitamina E.

Auxilia nos procedimentos podológicos com ação hidratante, e alto poder emoliente, ajudando a recuperação da suavidade dos pés mantendo a integridade da pele.



BIOSOMA DAILY LOÇÃO CREMOSA



Loção suave e rica em ácidos graxos essenciais poli-insaturados provenientes do óleo de girassol. Possui Vitaminas A e E e Aloe Vera que agem na hidratação preventiva dos pés. Tem toque seco e não gorduroso, deixa os pés macios e aveludados. Não contem fragrância.

ÓLEO ESSENCIAL DE MELALEUCA (TEA TREE)

Possui propriedades antimicrobiana (fungos, bactérias e vírus), antisséptico, analgésico, imuno-estimulante. Tem ação eficaz na recuperação de unhas doentes, no fortalecimento da unha, e na manutenção de sua saúde.



**A linha BIODOMANI / BIOSOMA
você encontra nos melhores
Distribuidores de produtos para
Podologia.**



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



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**

Vita Derm
HIPOALERGÊNICA
Desde 1984

WWW.VITADERM.COM

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE



Visite nosso Shop Virtual
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.

Vendas: Mercobeauty Imp. e Exp. Ltda. Tel: (19) 3365-1586

Loja virtual: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS - 40 x 30 cm

Onicomicoses - Onicomicosis

Classificação por sua localização ou aparência na lâmina ungueal
 Classificación por su localización o apariencia en la lamina ungueal

Causas: Dermatofitos (filamentosos FFD / ou filamentosos FFD?) ou leveduras
 Dermatofitos (filamentosos FFD / ou filamentosos FFD?) o leveduras

Distal, Lateral, Proximal, Subungual lateral, Subungual proximal, etc.

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Vista Dorsal, Vista Plantar

1 Calcâneo / Calcáneo, 2 Talus / Talus, 3 Navicular / Navicular, 4 Cuneiformes / Cuneiformes, 5 Metatarsos / Metatarsos, 6 Phalanges / Falanges, etc.

Salto Alto - Taco Alto

43%, 57%, 43%, 25%, 75%, 10%, 90%

REFLEXOLOGIA PODAL

1 Cabeça / Cabeza, 2 Coração / Corazón, 3 Pulmões / Pulmónes, 4 Estômago / Estómago, 5 Fígado / Hígado, 6 Baço / Bazo, 7 Pâncreas / Páncreas, 8 Vesícula Biliar / Vesícula Biliar, 9 Intestino Delgado / Intestino Delgado, 10 Intestino Grosso / Intestino Grosso, 11 Urina / Orina, 12 Testículos / Testículos, 13 Ovarios / Ovarios, 14 Glândula Pituitária / Glándula Pituitaria, 15 Hipófise / Hipófisis, 16 Hipotálamo / Hipotálamo, 17 Hipotálamo / Hipotálamo, 18 Hipotálamo / Hipotálamo, 19 Hipotálamo / Hipotálamo, 20 Hipotálamo / Hipotálamo, 21 Hipotálamo / Hipotálamo, 22 Hipotálamo / Hipotálamo, 23 Hipotálamo / Hipotálamo, 24 Hipotálamo / Hipotálamo, 25 Hipotálamo / Hipotálamo, 26 Hipotálamo / Hipotálamo, 27 Hipotálamo / Hipotálamo, 28 Hipotálamo / Hipotálamo, 29 Hipotálamo / Hipotálamo, 30 Hipotálamo / Hipotálamo, 31 Hipotálamo / Hipotálamo, 32 Hipotálamo / Hipotálamo, 33 Hipotálamo / Hipotálamo, 34 Hipotálamo / Hipotálamo, 35 Hipotálamo / Hipotálamo, 36 Hipotálamo / Hipotálamo, 37 Hipotálamo / Hipotálamo, 38 Hipotálamo / Hipotálamo, 39 Hipotálamo / Hipotálamo, 40 Hipotálamo / Hipotálamo, 41 Hipotálamo / Hipotálamo, 42 Hipotálamo / Hipotálamo, 43 Hipotálamo / Hipotálamo, 44 Hipotálamo / Hipotálamo, 45 Hipotálamo / Hipotálamo, 46 Hipotálamo / Hipotálamo, 47 Hipotálamo / Hipotálamo, 48 Hipotálamo / Hipotálamo, 49 Hipotálamo / Hipotálamo, 50 Hipotálamo / Hipotálamo, 51 Hipotálamo / Hipotálamo, 52 Hipotálamo / Hipotálamo, 53 Hipotálamo / Hipotálamo, 54 Hipotálamo / Hipotálamo, 55 Hipotálamo / Hipotálamo, 56 Hipotálamo / Hipotálamo, 57 Hipotálamo / Hipotálamo, 58 Hipotálamo / Hipotálamo, 59 Hipotálamo / Hipotálamo, 60 Hipotálamo / Hipotálamo, 61 Hipotálamo / Hipotálamo, 62 Hipotálamo / Hipotálamo, 63 Hipotálamo / Hipotálamo, 64 Hipotálamo / Hipotálamo, 65 Hipotálamo / Hipotálamo, 66 Hipotálamo / Hipotálamo, 67 Hipotálamo / Hipotálamo, 68 Hipotálamo / Hipotálamo, 69 Hipotálamo / Hipotálamo, 70 Hipotálamo / Hipotálamo, 71 Hipotálamo / Hipotálamo, 72 Hipotálamo / Hipotálamo, 73 Hipotálamo / Hipotálamo, 74 Hipotálamo / Hipotálamo, 75 Hipotálamo / Hipotálamo, 76 Hipotálamo / Hipotálamo, 77 Hipotálamo / Hipotálamo, 78 Hipotálamo / Hipotálamo, 79 Hipotálamo / Hipotálamo, 80 Hipotálamo / Hipotálamo, 81 Hipotálamo / Hipotálamo, 82 Hipotálamo / Hipotálamo, 83 Hipotálamo / Hipotálamo, 84 Hipotálamo / Hipotálamo, 85 Hipotálamo / Hipotálamo, 86 Hipotálamo / Hipotálamo, 87 Hipotálamo / Hipotálamo, 88 Hipotálamo / Hipotálamo, 89 Hipotálamo / Hipotálamo, 90 Hipotálamo / Hipotálamo, 91 Hipotálamo / Hipotálamo, 92 Hipotálamo / Hipotálamo, 93 Hipotálamo / Hipotálamo, 94 Hipotálamo / Hipotálamo, 95 Hipotálamo / Hipotálamo, 96 Hipotálamo / Hipotálamo, 97 Hipotálamo / Hipotálamo, 98 Hipotálamo / Hipotálamo, 99 Hipotálamo / Hipotálamo, 100 Hipotálamo / Hipotálamo

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Face posterior, Face medial, Face lateral

1 Tibia / Tibia, 2 Fíbula / Fíbula, 3 Rodilha / Rótula, 4 Patela / Patela, 5 Tarsais / Tarsales, 6 Calcâneo / Calcáneo, 7 Talus / Talus, 8 Navicular / Navicular, 9 Cuneiformes / Cuneiformes, 10 Metatarsos / Metatarsos, 11 Phalanges / Falanges, etc.

Classificação Morfológica dos pés / Classificación morfológica de los pies

SISTEMA MUSCULO-VASCULAR

Calosidade e Tipos de Calos - Callosidad y Tipos de Callos

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

Callus, Corn, etc.

Email: revista@revistapodologia.com - Tel.: #55 - 19 - 3365-1586 - Campinas - SP - Brasil
 A la venta en nuestro Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com
 Envios desde Brasil para todo el mundo