

revistapodologia .com

Nº 58 - Octubre 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° 58
Octubre 2014

Director

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

5 - Evaluación del tratamiento aplicado en 203 casos de úlcera en el pie en pacientes diabéticos.

J. Royo, J. Viadé, Q. Jordano, M. Charles, J. Anglada. España.

13 - Exploración vascular 2.

Dr. Podologo Miguel Guillén Álvarez. España.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 24.

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.



XIX JORNADA INTERNACIONAL DE PODOLOGIA

1 e 2 de Novembro de 2014 - São Paulo - Brasil

LOCAL: Universidade Paulista UNIP
Rua Apeninos 614 - Campus Paraíso - Paraíso - São Paulo

Temas e Palestrantes



Brasil

Armando Bega

- 1) Tecnologia em Podologia (casos clínicos)
- 2) Podologia Clínica, a evolução da Podologia no Brasil
- 3) Sistematização de Podologia: proposta de normatização

Rui Damenhain

- 1) Sistematização de Podologia: Proposta de normatização para a ANVISA

Valter Valentin Lula Jr.

- 1) A cura pela luz na Podologia

Wilfredo I. Urruchi

- 1) Benefícios e mecanismo de ação da Ozonoterapia aplicada à saúde

Renato Butsher

- 1) Tecnologia em Podologia (Casos clínicos)

Kaliane C. S. Lopes

- 1) Uso da Microcorrente na Podologia

Luciana Bortoluzzi

- 1) Desenvolvimento de equipamentos para uso na Podologia

Gyzelle Nascimento

- 1) Coleta de material biológico para exames micológicos

Aline Alexandre

- 1) Ortoplastia para diabéticos e idosos



Argentina

Cristian Barroso

- 1) Alterações Estruturais e ósseas nas patologias do pé
- 2) Tratamento terapêutico com órteses plantares



Peru

Omar Sampietro

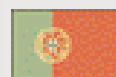
- 1) Tratamentos com órteses de silicone e estudo de caso com crianças portadoras de necessidades especiais.
- 2) Onicocriptose, classificação e distintas formas de tratamento



Espanha

Bernat Vazquez

- 1) Patologias ungueais: abordagem do podólogo
- 2) Metatarsalgias: causas e tratamentos



Portugal

Manuel Cerqueira

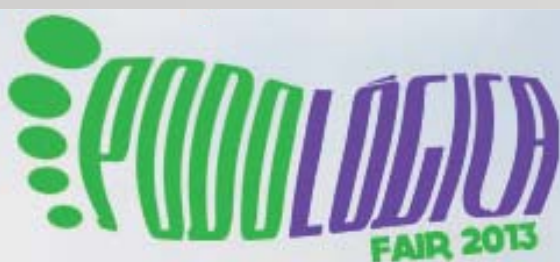
- 1) Proposta de parceria clínica para podólogos (Logística avançada)



México

Eduardo Delgaldillo

- 1) Tratamento com órteses para pacientes diabéticos



Feira de Produtos simultânea à Jornada

Informações e inscrições:
www.jornadadepodologia.com.br

Realização:



Evaluación del Tratamiento Aplicado en 203 Casos de Ulcera en el Pie en Pacientes Diabéticos

J. Royo, J. Viadé, Q. Jordano, M. Charles, J. Anglada. *España.*

Objetivo

Valorar la eficacia del tratamiento aplicado en úlceras en el pie grados II, III y IV, en pacientes diabéticos tratados en una unidad especializada.

Se incluyeron en el estudio 203 pacientes (101 mujeres), con una edad media de $65,5 \pm 23$ años. 198 DM 1 y 5 DM 2, con un tiempo de evolución de la diabetes de $13,3 \pm 7,3$.

Presentaban 222 episodios de úlceras grado II, III y IV según protocolo de evaluación y tratamiento (ROVI). (a y b).

Pacientes y métodos

Evaluación y tratamiento del pie diabético: ROVI (J. Royo, J. Viadé: 2012)

Grado úlcera	I	II	III	IV
Localización Gravedad infección Nivel de Asistencia (recomendado)	-Epidermis -SIN Infección -Primaria	-Dermis Infección superficial -Primaria / Unidad Pie Diabético	- Dermis/Tendón/Hueso -Infección profunda -Unidad Pie Diabético/Hospital	-Destrucción ósea y/o tejidos -Infección grave y/o sistémica -Hospital
Evaluación	-Cribaje (A) -Diagnostico Osteomielitis (B) -Cultivo exudado ? (C)	-Cribaje (A) -Diagnostico Osteomielitis (B) -Punch tejido (C)	-Cribaje (A) -Diagnostico Osteomielitis (B) -Punch tejido o hueso (C)	-Estado general/Cribaje (A) -Diagnostico Osteomielitis (B) -Punch tejido o hueso (C)
Tratamiento	-Filtros <0,5 / ortésis (G) -Cura tópica (E) -Reparar educación diabetes	-Filtros >1cm (G) -Antibióticos -Cura tópica -Reparar educación diabetes	-Reposo parcial/valorar ingreso -Plastic cast/filtro >1cm (G) -Antibióticos (D) -Cura tópica (E) -Drenaje/Cirugía (F) -Reparar educación diabetes	-Reposo absoluto/Ingreso -Plastic cast (para andar) (G) -Antibióticos EV (D) -Cura tópica (E) -Drenaje/Cirugía (F) -Educación diabetes

DIAGNOSTICO

A - Cribaje	B - Osteomielitis	C - Cultivo
<p>Evaluar sensibilidad Algesica, barestésica y palestésica.</p> <p>Palpar pulsos: Pedio y tibial post</p> <p>¿SON PALPABLES?</p> <p>NO → ITB < 0,7 → Valorar C. Vascular → Estudio angiográfico</p> <p>SI → OK</p>	<p>Test contacto óseo</p> <p>Positivo → O.M. → Positiva → repetir 2/3 semanas → RM o GGO+L</p> <p>Negativo → RX → Negativa → repetir 2/3 semanas → Negativa → RM o GGO+L</p> <p>O.M.: Osteomielitis</p>	<p>Tipo muestra</p> <p>-Exudado</p> <p>-Punch: -Tejido -Hueso</p>

TRATAMIENTO

D - Antibiótico	E - Tópico	F - Qirúrgico	G - Ortopodológico
a-Empírico -Amoxilina / Ac Clavulanico o -Clindamicina + Ciprofloxacino b-Según cultivo Duración / nº Semanas: Gravedad infección Leve: 2-4 Moderada: 2-4 Grave: 4-6 (IV) Osteitis 6-8	Úlcera exudativa Solución antiséptica Alginatos Terapia presión negativa Úlcera poco exudativa Hidrogel Solución antiséptica	Abscesos: - Drenaje - Con osteomielitis: Artritis séptica - Osteotomía / Legrado - Sin osteomielitis: Osteotomias Metatarsianos Falanges - Pie Charcot Revascularización: By-pass ATP	Úlcera en dedos: 2,3 Úlcera antepié: 1,4 Úlcera lateral: 1,4 Pie Charcot: 4 Protección: 2,3 (1) Filtro >1cm (2) Filtro <0,5cm (3) Ortesis silicona (4) Plastic cast

Se consideró la presencia de neuropatía, la existencia de dos o mas test alterados. (monofilamento, pin-prick y diapasón Rydell); Presencia de isquemia cuando no se palpaban los pulsos tibial posterior y pedio o la existencia de un ITB < 0,7.

El diagnostico de osteomielitis se positivo, se consideró cuando el test de contacto óseo era positivo y/o radiografía, resonancia positivas.

Protocolo de tratamiento aplicado

Se valoró como ulcera curada cuando el tiempo no superó los 2 meses.

Para comparar las distribuciones de frecuencias, se ha empleado el test de la Chi al cuadrado y se han considerado diferencias significativas cuando p ha sido < 0,05.

Resultados

Un 85% de los pacientes evaluados tenían componente neuropático o neuroisquémico y un 15 % solo isquémico.

El 57,2% presentaban osteomielitis. (test contacto óseo y/o exploración de imagen positivas). (figuras 1, 2 y 3)



El 52,6 % precisó de pequeños actos quirúrgicos para su tratamiento. (osteotomías, legrados articulares, osteotomías oblicuas etc.). (figuras 4,5 y 6)



fig 4

fig 5



fig 6



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
- Higiênico
- Mais de 200 procedimentos
- Eficaz, efeito instantâneo!



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



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



**ESTAMOS
CADASTRANDO
DISTRIBUIDORES**

Conheça outros produtos inovadores:

www.primesensecosméticos.com.br
(11) 2036-8949 | contato@primesensecosméticos.com.br

Presença confirmada nos principais eventos do setor em 2014!

En un 47,4% se aplicó como método de descarga fieltro adhesivo (figuras 7,7a ,8) de 1cm de grosor como mínimo; un 17% utilizó el plastic cast. (figura 9).

Todos los casos recibieron antibióticos, entre 2 y 8 semanas, siendo el germen aislado con más frecuencia el Staphylococcus, y los antibióticos mas administrados fueron la asociación ciprofloxacino + clindamicina.

Curaron en el periodo establecido el 81%. Un 5,4% precisó amputación menor.



fig 7

fig 7a



fig 8

fig 9



Conclusiones

1. Los fieltros de descarga no deberían tener un grosor inferior a 1cm, y deben ser aplicados, para provocar las condiciones de equilibrio en estructuras óseas y musculares.
2. El manejo quirúrgico precoz, acorta el tiempo de curación. (15,4 a 3,8 semanas de promedio) y en algunos casos al desaparecer la hiperpresión evita las recidivas.
3. El plastic cast es de gran utilidad para pacientes con pie Charcot agudo, para evitar la deformidad, y para la descarga de úlceras plantares en lateral, planta o talón.
4. El tratamiento de la úlcera en el pie del paciente debe realizarse con la máxima rapidez posible.

A continuación les mostramos algunos ejemplos de pacientes que fueron tratados por nuestra unidad especializada:





Materia extraída de la Revista Pie Diabético N° 16 - Octubre 2012 - www.revistapiediabetico.com

AUTORES

J. Royo (1-3), J. Viadé (5), Q. Jordano (4), M. Charles (1), J. Anglada (2) Unidad de Pie Diabético (1) Servicio Endocrinología,(2), Servicio de Cirugía Vascular y Endovascular(3), Servicio Enfermedades Infecciosas(4) Hospital Universitario Mútua de Terrassa. (5) Fundació Carrasco y Formiguera.

QUEM TEM OS PÉS NO CHÃO, RECONHECE DE LONGE A MELHOR COMPRA.



Anvisa: 10229030051

CONSULTÓRIO **GRADUS** Soft

Bem-estar aliado à funcionalidade.

- Movimento do assento acionado eletronicamente por pedal;
- Perneiras e encosto acionados manualmente através de molas a gás;
- Opcionais: Kit Bandeja Auxiliar, Kit Bandeja Central e Kit Multimídia.

PVC 1 + 9x de
R\$ 506,80



PAGANDO MAIS
UMA PARCELA, VOCÊ
LEVA TAMBÉM UM
MICROMOTOR CELERITÁ.

Anvisa: 10229039033

TUDO EM
1+9x

BIOSSEGURANÇA NÃO É LUXO. É GARANTIA DE SAÚDE.

Adquira também a Linha Biossegurança Gnatus. Seus pacientes estarão seguros dos pés à cabeça.

AUTOCLAVE BIOCLAVE 21L

- Disponível em inox ou alumínio.
- Disponível também na versão 12L.



ANVISA: 10229030037

18
DIAS DE GARANTIA

LAVADORA ULTRASSÔNICA BIOFREE 6L

- Disponível também na versão 12L.



ANVISA: 10229030054

SELADORA BIOPACK



PRODUTO
NÃO CORRELATO.

DESTILADORA BIOAQUA

Garantia de
ECONOMIA



PRODUTO
NÃO CORRELATO.

**GARANTIA
DE 2 ANOS**

**FRETE
GRÁTIS**

**INSTALAÇÃO
GRÁTIS**

**FINANCIAMENTO
EM 36X** VIA FINAME
Consulte um ponto de venda.

INVISTA EM

VOCE



Saiba mais em
www.gnatus.com.br

GNATUS
Podologia

Exploración Vascular 2

Dr. Podologo Miguel Guillén Álvarez. **España.**

Texto extraído del libro “Lesões nos Pés em Podologia Esportiva” publicado por nuestra editorial en idioma portugués.

Continuación de la materia “Exploracion Vascular ...” publicada en la Revistapodologia.com Nº 9.

Examen Físico

Sistema arterial

Cuando existen lesiones estenosantes de tipo arteriosclerótico los pulsos se sienten débiles en los sectores comprometidos o no se palpan.

Cuando existen lesiones críticas arteriales se puede presentar claudicación intermitente, que es un dolor por isquemia que se presenta en el sector afectado cuando se efectúa una mayor actividad muscular.

Puede ocurrir en las extremidades superiores o en las inferiores. Si es en las piernas, el dolor se presenta al caminar una cantidad determinada de cuerdas y se alivia con el reposo.

En una obstrucción arterial aguda el segmento distal pierde sus pulsos, se vuelve pálido y frío, y se genera dolor. Según el grado de isquemia se pueden comprometer los movimientos y la sensibilidad (parestesias).

En la insuficiencia arterial crónica se encuentran pulsos débiles o ausentes, frialdad distal y alteraciones tróficas como, piel delgada, pérdida de los pelos del dorso de los dedos y del pie, uñas gruesas.

Puede haber úlceras en las zonas con más isquemias o desarrollarse una gangrena seca de algún dedo.

También se presenta claudicación intermitente.

Cuando el deportista está acostado y se le levantan las piernas (unos 60°), los pies se ponen pálidos, en cambio, cuando las piernas se bajan (sentándose o poniéndose de pie), se observa lentitud en recuperar el color rosado y el llene venoso; después de un rato, puede aparecer un aspecto eritema toso fuerte.

Estos cambios pueden no ser confiables si existe aumento de la circulación colateral o insuficiencia venosa con incompetencia valvular.

Otras condiciones que pueden dar lesiones vasculares periféricas son:

- La vasculitis: por compromiso de pequeños vasos (lupus eritema toso diseminado, esclerodermia, etc.);

- Fenómenos embólicos: por endocarditis, rupturas de placas de ateroma, mixomas, trombos auriculares, etc.

- Tromboangitis obliterante o enfermedad de Buerger.

Sistema Venoso

Entre las alteraciones más frecuentes de encontrar están las várices, especialmente procedentes de la safena larga (mayor o interna) y la corta (menor o externa). Las mujeres deportistas son más proclives a presentarlas.

En las venas superficiales se pueden presentar inflamaciones, llamadas flebitis, por causas traumáticas, infecciosas o químicas. En las extremidades superiores son frecuentes por el uso de cánulas intravenosas. Las flebitis superficiales se caracterizan por presentar eritema en la zona inflamada, dolor y se palpa un cordón correspondiente a la vena inflamada. En el interior del vaso frecuentemente se produce un coágulo, pero el riesgo de una embolia es bajo, salvo cuando el coágulo tiene posibilidades de progresar al sistema profundo.

En las venas profundas también se producen flebitis. En estos casos, el riesgo de una embolia pulmonar es mayor y desgraciadamente, no siempre los signos clínicos son evidentes. En una tromboflebitis de una extremidad inferior se puede encontrar un aumento de volumen de la pierna, el cual será más extenso mientras más arriba llegue el compromiso trombótico. El deportista puede sentir dolor localizado en la pantorrilla, la cual además se nota como si estu-

viera infiltrada y por lo tanto, cuando se trata de producir un bamboleo de las masas musculares, éste está reducido. Si se dobla el pie hacia dorsal y se estira el tendón de Aquiles, se presenta dolor en las pantorrillas (signo de Homan). En la superficie de la pierna, se ve aumento de la circulación colateral, ya que la sangre se desvía de las venas profundas que están con coágulos, hacia las superficiales.

En cuadros de insuficiencia venosa crónica la pierna se puede ver edematosa y se desarrollan várices. Con el transcurso del tiempo y en la medida que la hipertensión venosa se transmite a la red venosa superficial, se desarrollan cambios tróficos en la piel, especialmente cerca de los tobillos. Entre estos cambios destacan una mayor pigmentación, la piel se nota frágil y puede aparecer una úlcera, especialmente hacia el lado medial. En esta zona se producen con frecuencia dermatitis hipostáticas. El conjunto de estas manifestaciones se conoce como síndrome posflebítico.

Otras úlceras que se pueden presentar en las piernas o los pies son:

- Las que se pueden ver en practicantes de deporte que son hipertensos y que se caracterizan porque duelen bastante y se presentan en el tercio distal de las piernas, especialmente en la cara externa o posterior

- En deportistas diabéticos con neuropatía y microangiopatía, que tienen menor sensibilidad en los pies. Las úlceras son de difícil cicatrización y frecuentemente se infectan.

- Úlceras de decúbito en deportistas en cama por otra lesión que no se pueden mover por sí solos.

Los pies de los deportistas diabéticos requieren cuidados especiales, ya que es frecuente que el deportista tenga una neuropatía sensitiva y fenómenos isquémicos que pueden facilitar el desarrollo de úlceras o la complicación más temida, la gangrena húmeda (combinación de isquemia e infección polimicrobiana).

Se les recomienda no caminar descalzos, usar zapatos blandos y holgados, secarse bien entre los dedos, inspeccionarse los pies, no usar bolsas de agua caliente.

Exploración. Métodos de Laboratorio.

La anamnesis y el examen físico cuidadosos permiten orientar el diagnóstico clínico con razonable certeza. Sin embargo, la exploración vas-

cular con métodos de laboratorio no invasivos, sin punciones e indolores, contribuye a establecer con mayor precisión la repercusión funcional en el caso de una obstrucción arterial y, permite examinar mejor la anatomía vascular, facilitando la planificación del tratamiento y su evaluación posterior. A la vez permite establecer un pronóstico.

El método de exploración más simple, y que forma parte del examen físico, es la determinación de la presión arterial sistólica en las cuatro extremidades. Normalmente, la presión sistólica es igual en las todas las extremidades o levemente superior en las extremidades inferiores.

Conocido su valor, se puede establecer el índice tobillo/brazo, que es el cociente entre el valor de la presión sistólica máxima de cada extremidad inferior (obtenida de las arterias pedía y tibial posterior) y el valor máximo determinado en las extremidades superiores. Normalmente el índice es ³ 1.0. Si es menor de 0.70. Indica la existencia de insuficiencia arterial. Valores por debajo de 0.30 son propios de estados de isquemia severa.

Para determinar en forma exacta la presión arterial sistólica, se debe usar un instrumento detector de flujo, basado en el ultrasonido de onda continua (9-10 mHz) y en el efecto Doppler.

Dicho instrumento permite localizar las arterias superficiales en el tobillo o en la muñeca para determinar la "presión sistólica de Doppler". Al detectar el flujo se obtiene un gráfico de la onda de flujo arterial, la que al existir una obstrucción proximal a la arteria interrogada perderá su perfil trifásico.

El ultrasonido con tecnología bidimensional y en tiempo real (Modo B) mediante la generación de ecos, permite ver los vasos, evaluar su pared y lumen, además de determinar y analizar la onda de flujo ("Ecografía Doppler").

Esta técnica en manos expertas, permite perfilar la anatomía vascular, ver trombos, ateromas etc., y valorar el grado de estrechez o estenosis de un vaso, presta gran utilidad en el estudio de la trombosis venosa de las extremidades.

Otra forma no invasiva y de bajo costo para evaluar la circulación de las extremidades en sus distintos segmentos, es la medición del volumen de pulso arterial.

Esto es posible mediante la técnica de la ple-tismografía que utiliza señales obtenidas de manguitos de presión colocados a diferente nivel el la extremidad.

Lesiones Vasculares

Insuficiencia arterial periférica

El sistema arterial permite la distribución de la sangre oxigenada a todos los órganos y tejidos. Está formado por una red de vasos de paredes elásticas y de calibre decreciente (arterias y arteriolas), que está sujeta a modificaciones regulatorias (vaso-dilatación y vaso-constricción), que permiten entregar mayor flujo a las áreas de mayor requerimiento, sea éste transitorio o permanente. La interrupción parcial o total, gradual o súbita, del suministro de sangre arterial a un órgano o segmento del cuerpo, producirá grados variables de isquemia, lo que determinará fallas en el funcionamiento del área afectada como puede ocurrir en una extremidad.

En el caso de las extremidades, la obstrucción parcial de los troncos arteriales reducirá el aporte de oxígeno a los músculos, lo que se manifestará característicamente durante el ejercicio, causando la llamada claudicación intermitente (claudicare = cojear). Esta es una sensación dolorosa referida como pesadez o calambre de los músculos afectados, que aparece gradualmente durante el ejercicio, aumentando en intensidad, hasta el punto en que impide la marcha ("impotencia funcional").

Las molestias desaparecen completamente con el reposo y se presentan de la misma forma cada vez que la extremidad afectada desarrolla el mismo grado de ejercicio. Si la obstrucción afecta las arterias dístales de la pierna (como ocurre en pacientes diabéticos o en la tromboangeítis ocluyente), la claudicación será referida a los músculos de la bóveda plantar del pie. Si la afectada es la arteria del muslo (arteria femoral superficial), la claudicación afectará principalmente a la pantorrilla. Si la obstrucción compromete la bifurcación de la aorta y las arterias ilíacas afectarán la irrigación de ambas extremidades inferiores (musculatura de las nalgas, muslos y pantorrillas) y se asociará a impotencia sexual, constituyendo el Síndrome de Leriche.

La distancia que el paciente alcanza a caminar antes de iniciar los síntomas se llama distancia de claudicación, y es un antecedente importante, ya que permite anticipar la severidad de la obstrucción arterial: si se presenta a los pocos metros representa una mayor gravedad y peor pronóstico que si presenta a los 400 o 500 metros o sólo al caminar muy deprisa. Cabe mencionar que la claudicación intermitente puede aumentar con el frío, al caminar en subida, o si hay anemia. Con el ejercicio periódico la

distancia de claudicación puede mejorar por el desarrollo gradual de vasos colaterales, base del tratamiento inicial de la insuficiencia arterial de las extremidades inferiores.

Cuando la obstrucción arterial es muy extensa, la irrigación tisular puede ser insuficiente incluso en reposo, por lo que aparecerá dolor en las áreas más dístales de la extremidad (artejos), y/o en las zonas de apoyo (maléolos, talón etc.) donde la perfusión es más crítica. El dolor en reposo aparece característicamente luego de un período de reposo en decúbito, ya que desaparece la "ayuda" de la presión hidrostática, que se genera al permanecer de pie. Durante la noche el paciente despierta por dolor y aprende a dormir con la pierna "colgando". El dolor de reposo es la antesala de la formación de úlceras isquémicas.

La obstrucción arterial crónica se acompaña de cambios típicos en el examen de la piel y de los fanéreos ("cambios tróficos"): la piel se hace más delgada, los pelos y uñas crecen más lentos, el llene capilar demora más y la extremidad está más fría. Al elevar la pierna, el pie adquiere una palidez extrema y, al bajarlo, una rubicundez fría, producto de la vaso dilatación compensatoria. Distal a la obstrucción no se palpan los pulsos o están disminuidos y la presión sistólica muestra una caída importante en el tobillo.

Entre los factores predisponentes más importantes para la obstrucción arterial crónica están el consumo de tabaco, el colesterol plasmático elevado, la diabetes mellitus y la presión arterial persistentemente alta. La enfermedad más frecuente que produce este mal, es la aterosclerosis ocluyente.

La tromboangeítis ocluyente (Enfermedad de Burger), aunque es de rara ocurrencia, afecta predominantemente a hombres, más jóvenes y adictos al consumo de cigarrillos. Naturalmente, la corrección o supresión de los factores predisponentes, disminuye el riesgo de sufrir estas enfermedades.

Si ocurre una obstrucción arterial en forma súbita, los síntomas se precipitan en forma más rápida y son más intensos, acompañándose en casos severos, de alteración de la sensibilidad y de la movilidad en el plazo de pocas horas, por compromiso isquémico de los nervios periféricos de la extremidad.

El síndrome de obstrucción arterial aguda de una extremidad se compone de cinco elementos: dolor, palidez, ausencia de pulsos, parestesias y paresia, los que se instalan gradualmente en pocas horas, según la magnitud de la obstrucción.



7º

Congresso
Brasileiro de
Podologia
HAIR BRASIL

29
MARÇO
2015

Expo Center Norte
SÃO PAULO

Aperfeiçoamento profissional:
novidades em técnicas e tratamentos.
Informação para qualificar ainda
mais o seu trabalho.

Evento conjunto à

HairBrasil
Profissional

14ª Feira Internacional de
Beleza, Cabelos e Estética

Faça sua inscrição antecipada pelo
www.hairbrasil.com e garanta valor especial.

Na compra do ingresso para o Congresso você garante sua entrada para visitar a feira durante os quatro dias.

Realização




Apoio Institucional



Apoio



Tel: (11) 3897-6192 / 6158 • congressos@hairbrasil.com.br • visitanteprofissional@hairbrasil.com.br • visitanteempresarial@hairbrasil.com.br

 @hairbrasilprofissional • www.hairbrasil.com

Causas de Obstrucción Arterial Aguda

- Embolia
- Trombosis
- Traumatismo
- Disección

La mayoría de las obstrucciones arteriales agudas son de naturaleza embólica, y se originan en el corazón y los grandes vasos.

Fuentes posibles de Embolias Arteriales

- Valvulopatía mitral o aórtica con dilatación auricular izquierda y fibrilación auricular.
- Trombo adherido a la pared ventricular izquierda, dañada por infarto del miocardio.
 - Prótesis valvulares cardíacas.
 - Endocarditis bacteriana.
 - Tumores intracardíacos
- Trombo adherido a la pared aórtica enferma (por Ej.: aneurisma o ateroma ulcerado).
- Trombo de origen venoso en paciente con defecto del tabique interauricular (embolia paradójal)

El 50% de las embolias afecta a los vasos de las extremidades inferiores, y menos del 15% compromete las extremidades superiores.

Causas de Trombosis Arterial

- Daño o injuria de la pared arterial.
- Aterosclerosis Obliterante
- Enfermedades del Colágeno
- Enfermedades Mieloproliferativas
- Disproteinemias
- Trombofilias

Insuficiencia Venosa

El sistema venoso está constituido por una red de vasos confluyentes, de paredes delgadas, que se inicia desde la malla capilar en la periferia. Su calibre es creciente y transporta la sangre de regreso al corazón para su re-oxigenación y distribución. En el sistema venoso la presión es muy baja y está sometido a la presión hidrostática, por lo que en posición de pie, la presión es fisiológicamente mayor en el tobillo que en el muslo. Para evitar el reflujo por efecto de la gravedad, las venas de las extremidades contienen unas pequeñas y delicadas válvulas en su interior.

Gran parte de la red venosa se extiende por los espacios profundos del cuerpo (sistema venoso profundo). En las extremidades inferiores menos del 10% de la circulación venosa se distribuye bajo la piel (sistema venoso superficial).

Entre las redes superficial y profunda hay conexión por medio de venas comunicantes, siendo el flujo venoso normal en dirección centrípeta y de superficial a profundo.

El flujo de retorno venoso puede ser impedido parcial o totalmente por: trombosis (formación de coágulos), falla del sistema valvular antireflujo o por compresión extrínseca (por ejemplo un tumor pelviano); ésta condición determina una falla o insuficiencia venosa, con aumento progresivo de la presión dentro del sistema venoso, lo que se traduce en la dilatación venosa, formación de edema (acumulación de agua intersticial) que afecta a los músculos, tejidos de sostén, tejido subcutáneo y piel. La congestión venosa producirá también un cambio del tinte de la piel (cianosis).

La trombosis aguda puede afectar venas del sistema superficial, profundo o de ambos. En la trombosis venosa superficial se produce inflamación de las venas afectadas y del tejido que la rodea, observándose un cordón enrojecido, doloroso y de mayor consistencia a la palpación (tromboflebitis superficial). La flebitis superficial ocurre en venas previamente normales por una lesión traumática (por Ej. inyecciones endovenosas), o como manifestación de otras enfermedades (por Ej. cáncer, trombofilias o en la enfermedad de Burger). También puede ocurrir en venas anormalmente dilatadas (várices), llamándose varicoflebitis.

Cuando la trombosis afecta las venas profundas, dependiendo de la ubicación y calibre de los vasos obstruidos, ésta puede no dar síntomas (flebo trombosis asintomático) o generar un síndrome de trombosis venosa profunda (tromboflebitis profunda) caracterizado por: dolor por congestión muscular (a veces calambre doloroso), aumento de volumen de la extremidad afectada por edema progresivo, aumento de la red venosa subcutánea y coloración cianótica de la piel por el aumento de flujo de sangre venosa por vías alternativas superficiales.

A la palpación las masas musculares están tensas y sensibles.

En la trombosis venosa fémoro-poplíteo la dorsiflexión del pie provoca dolor en la pantorrilla, signo característico descrito por Homans. En la trombosis aguda de troncos venosos proximales (ilíacas, vena cava inferior), la congestión puede alcanzar gran severidad con atrapamiento masivo de agua intersticial, lo que puede llevar a la oliguria y al shock.

La pierna adquiere un aspecto céreo (flegmasía cerúlea dolens).

El aumento de presión intersticial puede llegar a interferir con la perfusión arterial, dando un color pálido (flegmasia alba dolens) e incluso producir isquemia distal en el pie (gangrena venosa).

Factores predisponentes para la Flebotrombosis Aguda

- Edad mayor, obesidad, trombosis previa.
- Inmovilidad prolongada (por fractura de una extremidad, compromiso de conciencia o paraplegia)
- Reposo prolongado en cama (por Ej., convalecencia postoperatoria, insuficiencia cardiaca, infarto del miocardio, hepatitis, tifoidea etc.)
- Intervenciones urológicas, ginecológicas u ortopédicas de pelvis y extremidades inferiores.
- Neoplasias (por Ej.: próstata, páncreas y pulmón)
- Embarazo
- Uso de anticonceptivos orales
- Estados de hipercoagulabilidad (trombofilias)

El Eco-duplex es el método de laboratorio más efectivo para confirmar o descartar el diagnóstico de trombosis venosa, ya que permite ver las venas, su lumen, definir la presencia o ausencia de flujo y sus características.

Síndrome Post-flebítico

Debido a la obstrucción venosa propiamente tal, como por la secuela de destrucción valvular que acompaña a la "cicatrización" de la tromboflebitis, persiste un aumento de la presión venosa con edema y desarrollo de dilataciones venosas (várices secundarias) en la extremidad.

Con el tiempo la hipertensión venosa causará cambios en la piel de la zona crónicamente congestionada (dermitis hipostásica o cambios trófico-venosos), los que pueden incluir: eczema (inflamación y exudación de la piel), pigmentación (por micro-hemorragias), atrofia de la piel y tejidos subcutáneos e incluso úlcera en el área de máxima hipertensión venosa.

El punto mayor presión venosa a nivel cutáneo coincide con el punto de drenaje de las venas perforantes, llamadas así ya que atraviesan ("perforan") la fascia profunda llevando sangre de la piel del área supramaleolar, directamente al sistema venoso profundo.

La pigmentación puede abarcar toda la piel del tobillo dando la apariencia de una "polaina". Estos cambios ocurren en el plazo de años y se denominan Síndrome Post-flebítico.

Úlceras de las extremidades inferiores

Por definición, una úlcera es una herida o pérdida de tejido (generalmente piel o mucosa) sin tendencia a la cicatrización espontánea. Su origen puede estar determinado en un trastorno de la irrigación (ulcera arterial), del drenaje venoso (ulcera venosa) o en un sin número de otras causas menos frecuentes: neoplasia, alteraciones hematológicas, metabólicas, endocrinas o dermatológicas.

Las extremidades inferiores son asiento de la mayoría de las ulceraciones de origen vascular. La sola inspección unida a la anamnesis prolija permite diferenciar su origen. Debemos reparar en su forma, ubicación, bordes, entorno cutáneo, fondo, estado de los tejidos profundos, y contexto general del paciente.

Úlceras arteriales

La isquemia crónica severa lleva a la atrofia cutánea y a la pérdida de la capacidad de cicatrización. El traumatismo doméstico de un calzado apretado, por fricción entre los orfejos o en sus pulpejos, o la simple presión por decúbito en el talón y/o cabeza de huesos metatarsianos, produce una úlcera pequeña de bordes algo irregulares que característicamente es intensamente dolorosa, molestia que se agrava al elevar el pie.

La hipertensión arterial severa puede desencadenar un tipo de úlcera severamente dolorosa, que afecta en forma típica el tercio distal de la pierna, en especial su cara externa y/o posterior. Es un verdadero infarto cutáneo, rodeado de un halo isquémico, de aspecto purpúrico, irregular, con lesiones "satélites". Puede presentar un aspecto reticular (una forma de "livedo reticularis").

El micro embolismo de cristales de colesterol originado de placas de ateroma de la pared arterial o de aneurismas, también puede causar livedo reticularis y generar ulceraciones de naturaleza isquémica por bloqueo de las arteriolas nutrientes y de los capilares propios en la piel. En estos pacientes, los pulsos periféricos pueden estar incluso presentes y normales.

Enfermedades de naturaleza diversa pero que producen inflamación vascular (vasculitis) y/o vasoconstricción severa, pueden también ser causa de úlceras arteriales muy dolorosas, incluso de necrosis: esclerodermia, periarteritis nodosa o lupus eritematoso sistémico. Los pacientes con enfermedad de Burger suelen presentar necrosis en el extremo de los orfejos; en la enfer-



"O profissional é bem sucedido, não apenas pelo que sabe, mas também por sua necessidade insaciável de buscar mais e mais conhecimentos"
Prof. Orlando Madella Jr.

XI Encontro das Estrelas na Podologia

3 e 4 de Maio 2016

Curso Pós-evento dia 5 de Maio

Centro de Convenção Dan Inn Hotel Planalto
Av. Cásper Líbero 115 andar 2 - Centro - São Paulo - Brasil

Programação e inscrições
www.podologiabr.com

medad de Raynaud aparecen lesiones paraungueales e incluso necrosis.

Un tipo particular de úlcera es la llamada "neurotrófica". Característicamente es indolora y se localiza en los sitios de apoyo del pie. Se presenta en individuos con pérdida de sensibilidad en sus extremidades como es el caso de pacientes diabéticos o que sufren alguna neuropatía sensitiva central o periférica, lo que suprime la alarma dolorosa del traumatismo recurrente.

El necrosis isquémica puede llevar a la momificación de un ортеjo o parte de la extremidad afectada (gangrena seca). La infección de una área mal perfundida y con baja inmunidad local, en la que participan generalmente bacterias anaeróbicas, puede desencadenar un proceso de necrosis con producción de exudado de pésimo olor e incluso gas, ampollas, erosión de la piel etc. (gangrena húmeda). Esta complicación afecta con lamentable frecuencia por cuidado indebido de sus pies, a pacientes diabéticos, generando lesiones muy graves que amenazan la extremidad y a veces la vida del paciente ("pie diabético").

Úlceras venosas

El mínimo común denominador de estas lesiones, es el aumento subyacente de la presión hidrostática, la que altera el trofismo cutáneo. Se pueden presentar en la insuficiencia venosa postflebítica, por várices, o por comunicación arteriovenosa de cualquier origen. Son lesiones benignas, de curso generalmente crónico y característicamente poco dolorosas o indoloras, salvo que estén infectadas. Se acompañan a veces de prurito, el que alivia en posición de decúbito.

Con excepción de las úlceras venosas causadas por comunicaciones arteriovenosas (que pueden ocurrir en cualquier sitio), las úlceras venosas se localizan típicamente en el tercio distal de la pierna (sitio de mayor presión hidrostática) y preferencialmente en su cara interna. De bordes netos y fondo rosado y generalmente limpio, ésta úlcera puede curar espontáneamente al descargar la hipertensión venosa, con reposo prolongado y elevando las piernas levemente (posición de Trendelemburg).

La úlcera varicosa, por definición "se sienta" sobre un paquete varicoso, es superficial, rodeada a veces de un rodete pigmentado. En cambio la úlcera venosa de la insuficiencia venosa crónica o del síndrome postflebítico, se dispone casi sin excepción en relación a venas perforantes sobre el maléolo interno.

La úlcera venosa rara vez ocurre en la cara

externa, y es habitualmente única, de forma redondeada u ovalada. El fondo es rosado a veces amarillento grisáceo, de relieve más bien mameonado. Sus bordes son netos y la piel que la rodea está pigmentada, indurada. En muchos pacientes hay atrofia de los tejidos subcutáneos.

Varices

Se definen como várices a la dilatación y elongación tortuosa de venas superficiales, fácilmente visibles bajo la piel (por Ej. várices de las piernas) o bajo la mucosa (por Ej. várices esofágicas). En el caso de las extremidades inferiores, las várices pueden originarse básicamente por falla primaria de las válvulas antireflujo o, en forma secundaria, por sobrecarga crónica de flujo y presión si hay insuficiencia del sistema venoso profundo.

El examen de las várices se debe efectuar siempre en posición de pie. Las várices se observan como cordones azulados, dilatados y tortuosos que en el caso de las várices primarias siguen una distribución estereotipada, que depende de cual sea el tronco insuficiente: la safena interna y/o la safena externa. Las válvulas antireflujo del tronco afectado no cierran, transmitiendo el aumento de presión hidrostática a las ramas que confluyen hacia el tronco del cual dependen, dilatándose en forma gradual. Las várices de origen secundario tienen una distribución más caprichosa, la que depende de la ubicación de la o las venas comunicantes insuficientes, la que se puede ubicar a cualquier altura de la extremidad.

Las várices ocurren predominantemente en mujeres; aparecen después de la pubertad, o durante el embarazo y son generalmente asintomáticas. El motivo de consulta de las pacientes es primariamente por razones cosméticas. Sin embargo, las várices pueden dar molestias que dependen de la congestión crónica, que típicamente aumenta en el curso del día, especialmente si éste es caluroso como ocurre en el verano. Los pacientes refieren pesadez, leve edema vespertino, prurito, sensación de cansancio y calambre nocturno. Las molestias característicamente se alivian al elevar la extremidad.

Por su aspecto tan llamativo y obvio, a las várices se les atribuyen cualquier dolor de la extremidad, el que suele tener su origen en otros trastornos, como por ejemplo de tipo ortopédico (pie plano, genu valgus etc.).

Para diferenciar el origen primario o secundario de las várices, a veces basta la sola inspección, dada la existencia de signos físicos asociados

que delatan un síndrome postflebítico (várices secundarias). Sin embargo en ausencia de éstos, se debe determinar la existencia o ausencia de venas comunicantes insuficientes.

Para éste efecto, con el paciente en decúbito dorsal y con la pierna elevada para "vaciar" las dilataciones varicosas, se rodea la pierna con una ligadura. El paciente se pone de pie, y el reflujo valvular que afecta el tronco de la safena, llenará la vena dilatada por sobre y hasta la ligadura.

En caso de falla de las venas comunicantes, el relleno de las várices ocurrirá más lento, "desde abajo" y hasta la ligadura, por rebalse el sistema venoso profundo congestionado.

Tromboflebitis

Definición

La tromboflebitis es la inflamación de una vena como consecuencia de una trombosis.

La trombosis es la formación de un coágulo en el interior de una vena, y la flebitis es la inflamación de una vena en general (por ejemplo, puede producirse flebitis después de mantener un goteo intravenoso, o después de un golpe en una vena como ocurre en la practica deportiva o por una infección próxima a una vena)

Los síntomas de la tromboflebitis son dolor y tumefacción de las áreas situadas en los alrededores de la inflamación, y muy frecuentemente aunque no siempre, enrojecimiento de la piel.

La tromboflebitis puede afectar a una vena situada en el interior de un órgano o de una extremidad (por ejemplo cuando se produce una trombosis venosa profunda) o por el contrario puede ser una tromboflebitis superficial, cuando el coágulo se forma en una vena situada bajo la piel.

Dr. Podólogo Miguel Guillén Álvarez.

- *Diplomado en Podología por la Universidad Complutense de Madrid.*
- *Doctor en Medicina Podiátrica (U.S.A.)*
- *Podólogo Deportivo de la Real Federación Española de Fútbol.*
- *Podólogo colaborador de la NBA.*
- *Autor de los libros: Podología Deportiva. Historia clínica, exploración y características del calzado deportivo. Podología deportiva en el Fútbol, entre otros.*
- *Profesor de Cursos de prácticas de sexto curso de Alumnos de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.*
- *Asistente, participante y ponente en cursos, seminarios, symposiums, jornadas, congresos y conferencias sobre temas de Podología.*

www.revistapodologia.com

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



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 PODOLÓGICA 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 nuestro Shop Virtual
www.shop.mercobeauty.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁCTICOS - 40 x 30 cm

Onicomicoses - Onychomycosis

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

Causas: Dermatofitos (filamentosos FFD) ou fungos filamentosos (FND) ou leveduras
 Dermatofitos (filamentosos FFD) ou filamentosos (FND) o leveduras

Distal, Lateral, Proximal, Subungual lateral, Subungual distal, Proximal white, Distal white, Subungual distal + lateral, Subungual proximal

Distal: Distal onychomycosis
 Lateral: Lateral onychomycosis
 Proximal: Proximal onychomycosis
 Subungual lateral: Subungual lateral onychomycosis
 Subungual distal: Subungual distal onychomycosis
 Proximal white: Proximal white onychomycosis
 Distal white: Distal white onychomycosis
 Subungual distal + lateral: Subungual distal + lateral onychomycosis
 Subungual proximal: Subungual proximal onychomycosis

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Vista Dorsal, Vista Plantar

1 Calcâneo / Calcáneo
 2 Talus / Talus
 3 Navicular / Navicular
 4 Cuneiformes / Cuneiformes
 5 Metatarsais / Metatarsais
 6 Phalanges / Phalanges
 7 Sesamoides / Sesamoides
 8 Clavícula / Clavícula
 9 Escápula / Escápula
 10 Húmero / Húmero
 11 Rádio / Rádio
 12 Ulna / Ulna
 13 Carpais / Carpais
 14 Metacarpos / Metacarpos
 15 Falanges / Falanges
 16 Sesamoides / Sesamoides
 17 Tibia / Tibia
 18 Fíbula / Fíbula
 19 Patela / Patela
 20 Fêmur / Fêmur
 21 Rótula / Rótula
 22 Tíbia / Tíbia
 23 Fíbula / Fíbula
 24 Calcâneo / Calcáneo
 25 Talus / Talus
 26 Navicular / Navicular
 27 Cuneiformes / Cuneiformes
 28 Metatarsais / Metatarsais
 29 Phalanges / Phalanges
 30 Sesamoides / Sesamoides

Salto Alto - Taco Alto

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

4 cm, 4 cm, 10 cm

REFLEXOLOGIA PODAL

1 Cabeça / Head
 2 Orelhas / Ears
 3 Olhos / Eyes
 4 Nariz / Nose
 5 Boca / Mouth
 6 Garganta / Throat
 7 Pulmões / Lungs
 8 Coração / Heart
 9 Fígado / Liver
 10 Estômago / Stomach
 11 Pâncreas / Pancreas
 12 Intestino Delgado / Small Intestine
 13 Intestino Grosso / Large Intestine
 14 Vesícula Biliar / Gallbladder
 15 Fígado / Liver
 16 Baço / Spleen
 17 Rim / Kidney
 18 Testículo / Testis
 19 Uterino / Uterus
 20 Vagina / Vagina
 21 Pelve / Pelvis
 22 Anus / Anus
 23 Glândula Prostática / Prostate Gland
 24 Testículo / Testis
 25 Uterino / Uterus
 26 Vagina / Vagina
 27 Pelve / Pelvis
 28 Anus / Anus
 29 Glândula Prostática / Prostate Gland
 30 Testículo / Testis

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Face posterior, Face medial, Face lateral

1 Tibia / Tibia
 2 Fíbula / Fíbula
 3 Patela / Patella
 4 Fêmur / Fémur
 5 Rótula / Rótula
 6 Tíbia / Tíbia
 7 Fíbula / Fíbula
 8 Calcâneo / Calcáneo
 9 Talus / Talus
 10 Navicular / Navicular
 11 Cuneiformes / Cuneiformes
 12 Metatarsais / Metatarsais
 13 Phalanges / Falanges
 14 Sesamoides / Sesamoides

Classificação Morfológica dos pés

Classificación morfológica de los pies

SISTEMA MUSCULO-VASCULAR

1 Músculo / Muscle
 2 Nervos / Nerves
 3 Artérias / Arteries
 4 Veias / Veins

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
 Plantar
 Interdigital
 Heel
 Toe
 Side

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