

revistapodologia -com

N° 43 - Abril 2012



Revista Digital de Podología

Gratuita - En español



Beauty Fair.
Infinitas possibilidades
na maior e mais
completa feira
de beleza profissional
das Américas.

tendências
lançamentos
conhecimento
negócios



BEAUTYFAIR
FEIRA INTERNACIONAL DE BELEZA PROFISSIONAL

8 a 11 de setembro de 2012
Expo Center Norte - São Paulo - SP

Beleza em infinitas possibilidades.
www.beautyfair.com.br

revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 43

Abril 2012

Director General

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Diretor Científico

Podologo Israel de Toledo
israel@revistapodologia.com

Corresponsales

Chile Podólogo Pablo Farías Mira
pablofar4a@hotmail.com

Cuba Podóloga Miriam Mesa
miriam.mesa@infomed.sld.cu

Portugal Podólogo Dr André Ferreira
andre_filipe_ferreira@hotmail.com

INDICE

Pag.

4 - Siringomielia y sus acciones en los pies.

Podologo Israel de Toledo - **Brasil.**

9 - Semilogia de miembros inferiores en atención secundaria.

Dr. Adolfo V. Zavala - **Argentina.**

11 - Tratamiento ortopodologico de la fascitis plantar.

Podologia Alicante - **España.**

19 - Síndrome del seno del tarso.

Lirios Dueñas Moscardó - Fisioterapeuta - **España.**

21 - Orientación sobre ETS y prevención para ancianos.

Marcio V. Vangoni, Ruth Shimakura, Liliane Ramos, Aparecida H. Vicentin - **Brasil.**

25 - PodoNews Revistapodologia.com.

La Podologia de Brasil y Portugal - Un futuro promisor.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 28.

Revistapodologia.com

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 3365-1586 - Campinas - São Paulo - Brasil.

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

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

**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 M1
Opcionales:
- bandeja para residuos
- lámpara con extractor
- bandeja para instrumental
- soporte universal



Sillón Master
Cód. 13945

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
80 años valorizando el profesional

Siringomielia y Sus Acciones en los Pies

Podologo Israel de Toledo. Brasil.

Resumen

Existen innumerables patologías que desencadenan de forma directa o indirecta, deformidades en los pies. Entre ellas, la Siringomielia es una patología que de forma indirecta crea deformidades decurrentes de alteraciones neuropáticas.

Este artículo quiere demostrar al podólogo una patología poco conocida, pero que puede llevar al paciente al consultorio y entonces, la importancia de ampliar nuestras herramientas de acción y también demostrar uno de estos casos raros.

Palabras Clave: Siringomielia; Plantillas; Podología.

Introducción

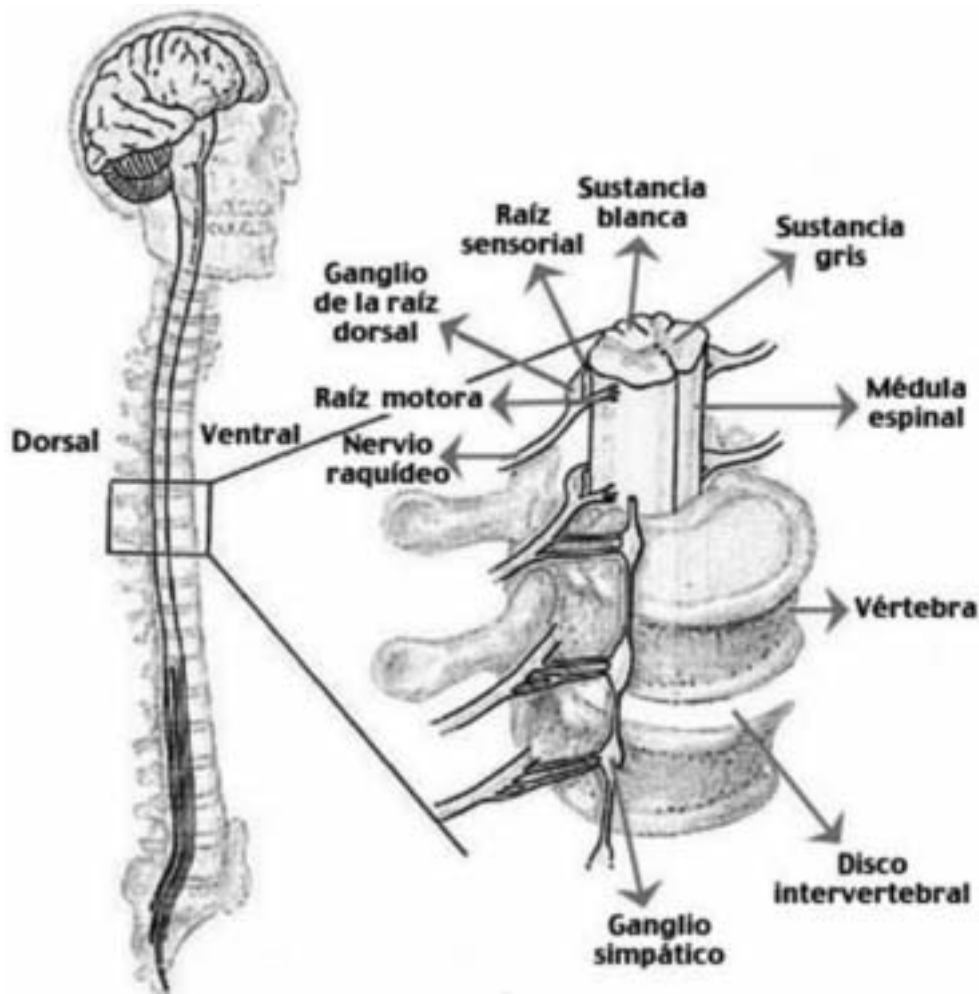
La podología de forma global, creció a nivel de

población y científica, conquistando su lugar merecido junto a las demás áreas de la salud. Al buscar ampliar cada vez más su conocimiento de los pies y todas las acciones intrínsecas y extrínsecas que los envuelve, ten sido uno de los principales motivos que lleva a la profesión crecer en el nivel da ciencia.

Este artículo tiene como objetivo mostrar algunos aspectos funcionales, relacionados a la podología, en el punto de vista de una patología poco común, pero que puede afectar los pies de manera indirecta, la Siringomielia.

Patología e Patogenesis

A pesar de ser poco conocida en la podología, la Siringomielia puede desencadenar neuropatías en los pies y consecuentemente deformidades biomecánicas o úlceras de presión.



Siringomielia es una enfermedad crónica que afecta el Sistema Nervioso, comprometiendo su funcionamiento. En la Siringomielia ocurre un quiste (conteniendo líquido en el interior) que crece dentro de la medula espinal. A cada uno de estos quistes los llamamos de Siringe.

No se conoce la incidencia exacta de la siringomielia, pero ella es rara. La condición ocurre más frecuentemente en hombres de lo que en mujeres. Ya fueron descritos casos familiares. La enfermedad aparece generalmente en la tercera o cuarta década de vida, siendo la edad media de inicio a los 30 años. Ella es poco común en la infancia o en la edad adulta avanzada. La siringomielia generalmente tiene progresión lenta; la evolución se extiende por muchos años.

La patología tiende a ser progresiva. Con eso, los quistes aumentan de tamaño y destruyen el tejido nervioso a su alrededor, intensificando los dolores y otros síntomas, que incluyen dolores de cabeza y flaquezas en las piernas y brazos. En algunos casos las lesiones son definitivas por causa de la extensión de la lesión y del tiempo con la enfermedad. En otros casos, con cirugía, medicamentos y fisioterapia, la Siringomielia puede tener regresión o hasta mismo desaparecer.

Infelizmente las cirugías son peligrosas y ofrecen riesgos de secuelas, lo que hace con que algunos médicos opten por no operar pacientes. Todavía, algunos casos más complicados, repetidas cirugías se hacen necesarias para detener el avance de la enfermedad.

La Siringomielia merece una atención especial por disminuir la calidad de vida de sus portadores, una vez que los mismos sufren de dolores muy fuertes, quedan con su capacidad de locomoción limitada y los tratamientos disponibles no son satisfactorios.

Se sabe que al redor del cerebro y de la medula espinal, en el espacio subaracnoide, circula un líquido conocido como fluido cerebro-espinal o liquor. Ese líquido tiene la función de proteger y amortiguar el sistema nervioso. Además de eso, el líquido cerebro-espinal posee también la función de llevar nutrientes para las células y recoger sustancias excretadas por las mismas. Durante nuestro desenvolvimiento fetal, ese líquido no se limita al redor de las estructuras nerviosas, el también llena el canal central de la medula, que después cola y desaparece. Exceso de líquido cefalorraquídeo en el canal central de la medula espinal es llamado hidromielia.

Algunas condiciones pueden afectar la circula-



ción del fluido cerebro-espinal. Eso puede direccionar el flujo del líquido para arriba del local donde estaba el canal central. Por razones todavía poco conocidas el fluido va a expandir lo que sobra del canal central y resulta en la formación del quiste.

Con las variaciones de presión a largo de la medula el líquido entra en el interior del quiste y causa su crecimiento y termina por dañar todavía más el tejido nervioso circundante. Atención: Cuando siringes afectan el tronco cerebral, la condición pasa a ser llamada siringobulbia.

Desarrollo

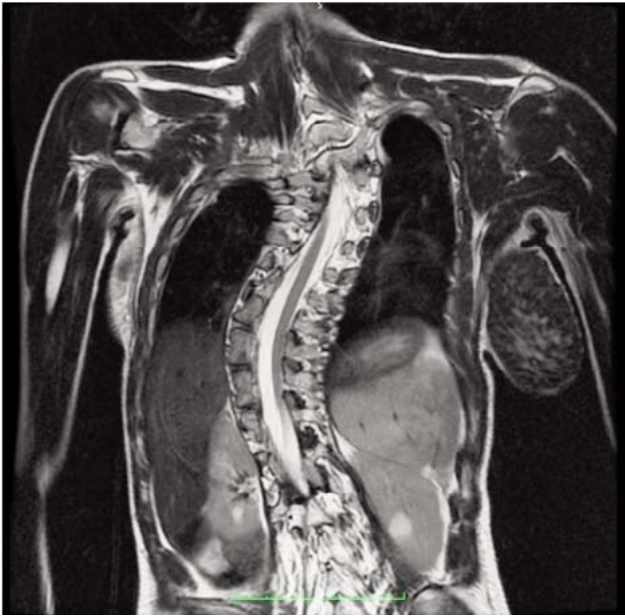
Como dicho anteriormente, la obstrucción del pasaje del liquor puede ocasionar la formación de una siringe. Y son muchas las patologías que pueden dificultar el flujo normal del líquido cefalorraquídeo: mal-formación de Chirari, aracnoiditis espinal, escoliosis, desalineación de la columna vertebral, tumores medulares, espina bífida, entre otras, siendo la escoliosis la más común. La columna vertebral es el eje maestro de nuestro sistema musculo-esquelético, alrededor del cual se organizan todos los demás aparatos y sistemas del cuerpo humano.

Po lo tanto, las afecciones que comprometen estructural y funcionalmente la columna vertebral tienen repercusión por todo el organismo. Del punto de vista biomecánica, la columna influencia y es influenciada por posicionamientos y esfuerzos de las cinturas pélvica y escapular y de los miembros superiores e inferiores, respectivamente.

Es también el centro distribuidor de los elementos nerviosos que comandan y coordina los movimientos corporales.

Abriga la medula espinal, parte del sistema nervioso central, elemento esencial para sus acciones de comunicación sensitiva y motora en todos los segmentos debajo del cráneo

Las deformidades y alteraciones posturales no



deben ser analizadas apenas en lo que dice respecto a la estructura ósea, pero si, por el conjunto funcional, que es representado por ese importante elemento de nuestro organismo.

En lo que se dice respecto a los miembros superiores, observar su correlación (a nivel postural), ya que esos pueden ser largos en relación al tronco, la columna asimétrica y las deformidades de miembros inferiores, son indicativos de alteraciones posturales, observar sus efectos (o secuelas) sin pensar en la biomecánica como factor desencadenante puede ser un error fatal en la busca de la curación o mejora del cuadro.

El paciente que presenta ya un déficit neurológico estabilizado puede empeorar con ascensión del nivel de hipostesia, empeora motora y/o acentuación de la deformidad de la columna. Puede asociar dolor local o irradiado en dermatomas radicales de los miembros inferiores. El estudio radiológico simple puede demostrar la presencia de la malformación ósea como escoliosis, hemivértebra y espina bífida y la resonancia magnética de todo el canal podrá esclarecer la asociación con una medula ancorada y la formación de una cavidad siringomiélica que compromete parte o toda la medula.

En trabajo experimental, se observa que la lesión progresiva de raíces lleva a la escoliosis, que escoliosis o cifoescoliosis resultante también comprime el tejido medular y causa disturbio de la circulación líquórica resultando en siringomielia.

Es común encontrar una malformación ósea resultante directamente de la mala-formación del sistema nervioso. Las lesiones medulares pueden ser leídas en la estructura ósea de la columna y de los miembros que son en suma su resultante. En estos casos el tratamiento se torna todavía

más complejo pues envuelve múltiples órganos y una equipe multidisciplinar.

Sintomas

Los síntomas dependen básicamente de la localización de la lesión. La siringe es encontrada más comúnmente en la región cervical inferior y columna dorsal. El quiste interrumpe las fibras espinotalámicas en cruzamiento del conjunto de nervios que envuelven la sensibilidad dolorosa y térmica, ocasionando la perca de esas sensaciones; el tacto leve, la esterognosia, sensibilidad vibratoria y sentido posicional (propriocepción consciente) son relativamente preservados, por lo menos en el comienzo de la enfermedad, en virtud de no ser usados los funículos posteriores.



Las sensibilidades de dolor y temperatura están típicamente alteradas en el brazo del lado afectado. Cuando la cavidad aumenta y envuelve los funículos posteriores tiene perdida de los sentidos posicional y vibratorio en los pies y puede observar astereognosia (Pérdida de la facultad de reconocer la forma de los objetos por el tacto.)

Una escoliosis es característicamente observada y artropatías neurogénicas pueden afectar los hombros, el codo o la muñeca. Sin embargo, un quiste ocurre as veces en la medula lumbar, sea en asociación a una siringe cervical sea independiente de esta. La siringomielia lumbar caracterizase por la atrofia de los músculos proximales y distales de las piernas, con perca sensorial disociada en dermatomas lumbares y sacros. Los reflejos profundos en las piernas son perdidos; es común el disturbio de la función esfinteriana y las respuestas plantares son comúnmente en flexión.

Estudio del Caso

Individuo del sexo femenino, 15 años, estatura



de 1,60 metros, 45 kg, practicante del judo y no diabética.

En el año de 2007, aparece con una lesión en la parte distal de la falange del hallux derecho. Fue destacado ahora a poco que no era diabética, pues fue la primera opción analizada; después evaluación propedéutica, se observó tener buena circulación (arteria dorsal y tibial posterior), como también periférica. Pero, se observó también total neuropatía periférica en el hallux y 2º dedo.

Individuo practicaba judo con oclusión, pero sin molestarse debidamente con el caso. No hacía uso de la palmilla ortopédica, calzados especiales o mismo acompañamiento biomecánico o podológico.

Fue iniciado un tratamiento conservador, con análisis biomecánica, confección de palmillas ortopédicas.

En el comienzo, se obtuvieron resultados satisfactorios, pero, siempre había recidiva de la patología. Por la característica crónica, se desarrolló una osteomielitis en la falange distal destruyéndola casi que totalmente.

Fue aplicada una ortesis de silicona (ortoplastia), que se mostro bastante útil, pero, no conclusiva. Durante 4 años fue aplicado este tratamiento, en cuanto veía médicos, se pesquisaban nuevas posibles causas.

En el comienzo de 2010, fue solicitada una escanometría digital con carga para posible diferencia de MMII, donde la misma mostro los resultados siendo, MID:65,10 y MIE:65,74 \neq 0,64 cm.

Durante muchos años, no hubo una diagnosis claro sobre la causa, solamente en el fin de 2010 es que se descubrió la causa, por cuenta de los nuevos síntomas.

Cierto momento, la mano derecha demostró



señales de parestesia y déficit de dos movimientos, que evoluciono muy rápido, a punto de en 30 días tener perdido los movimientos de la mano, dejando claro una astereognosia presente.

Solamente con este síntoma es que se pudieron guiar las pesquisas a punto de, a través de los exámenes correctos, verificar la presencia de la Siringomielia. Y contrariando las estadísticas, estaba presente el tumor en la cervical y lumbar.

Pues, en conjunto al cuadro de siringomielia, había una severa escoliosis, que no se sabe, si su origen tubo inicio con la patología o el opuesto, ya que los padres no saben informar si la misma tenía problemas de postura de origen genética, además del hecho de que el paciente era practicante de Judo; la escoliosis puede haber tenido inicio de origen genética, por la DMI, por traumas mecánicos por la práctica deportiva o todos los factores asociados.

De esta forma, no sabiéndose de las debidas proporciones, se sabe apenas que tuvo una correlación directa entre los hechos.

Dado inicio al tratamiento correcto, pero conservador y no quirúrgico, con uso medicamentoso, fisioterápico para la mano y podológico para los pies, además de psicológico, por el cambio radical en su estilo de vida adolescente. Dentro de pocos meses, volvió los movimientos de la mano.

Hoy el cuadro de la ulcera del hallux esta sobre control. En este caso, el paciente tendrá que estar siempre pasando por acompañamiento podológico y biomecánica para que no tenga recidivas.

Conclusión

Por más raro que sea la Siringomielia u otra patología del género, nosotros, profesionales de

la salud, tenemos que estar atentos y preparados, pues así como pasó en este caso demostrado, también otros profesionales no tienen como prevenir lo que puede aparecer en su consultorio.

Estar atento a las señales que envuelven nuestros pacientes y abrir la visión para otras posibilidades (principalmente cuando el "tradicional" pasa a no ser útil) hace toda la diferencia entre profesionales y sus resultados y eso nos lleva a buscar nuevas opciones de tratamiento.

Trabajar de forma multidisciplinar es importante, pero trabajar de forma interdisciplinar, es fundamental!. Poder discutir casos con otros colegas u otros profesionales, abre la visión y amplia mucho las posibilidades.. ✎

Podologo Israel de Toledo

Director Científico de la *Revistapodologia.com*
israel@revistapodologia.com

Bibliografia

<http://www.aefi.net/Fisioterapiaysalud/Malformacionesdelauni%C3%B3ncr%C3%A1neocervical.aspx>

-BARRAQUER-BORDAS, I. Neurología fundamental. Tercera edición. Barcelona. Toray. 1976. Pg. 1144.

-CANELAS, H.M; assis, j.l; scaff, m. Fisiopatología do sistema nervoso. Sarvier. São paulo. 1983. Pg.476.

-BRITO-PAULO. O sistema senciivo.www.institutopaulobrito.com.br

-MISINI-MARCOS. Neurocirurgia conteporânea brasileira. Revisão trimestrarl de neurocirurgiões. 2006. volume 3/11.

- Machado A: Neuroanatomia Funcional p125-135, L Atheneu R. Janeiro – São Paulo 1996

-BRICOT-BERNARD; Posturologia; Ed. Icone 2ª edição 2001.

- HOPPENFELD; Propedeutica Ortopédica;Ed. Atheneu 3ª edição.

- MARTINEZ- FERMIN; Pie Diabético; Ed. Mc Gravo Hill 3ª edição.

- MAFFEI; Os Fundamentos da Medicina; Ed. Artes Medicas.

INA Cosméticos

O Óleo Essencial de Tea Tree da INA Cosméticos foi desenvolvido para atuar como coadjuvante nos tratamentos de Podologia e Estética.

- * Ativo com múltiplas ações;
- * Potente Anti-Séptico;
- * Ajuda na regeneração da pele;
- * Analgésico na emoliência.

Grupo INA - Empreendimentos em Educação e Saúde
Atendimento ao Cliente: (47) 3222-3068
www.inacosméticos.com.br / www.inainstituto.com.br

Semilogía de Miembros Inferiores en Atención Secundaria

Dr. Adolfo V. Zavala. Argentina.

Las úlceras del pie, son muy frecuentes de observar en los diabéticos, ocasionándose por la interacción de la vasculopatía, la neuropatía y las alteraciones del apoyo.

Estas en la mayoría de los casos son asintomáticas, siendo por ello fundamental hacer un examen anual exhaustivo de miembros inferiores, para valorar su presencia e indicar medidas protectoras y correctoras de las lesiones para evitar que se produzcan úlceras.

El examen de miembros inferiores, debe cumplir los principios de la semiología:

- 1) Interrogatorio
- 2) Inspección
- 3) Palpación
- 4) Auscultación, completándose con maniobras instrumentales mínimas imprescindibles.

Valoración Vascular

1. Interrogatorio

Debe preguntarse por la existencia de claudicación intermitente (dolor que aparece al caminar y desaparece inmediatamente de pararse). Hay que preguntar la distancia en que aparece la claudicación (más grave, cuanto más corta), y la zona donde le duele (peor pronóstico cuanto más distal).

También pueden referir dolor de reposo, especialmente nocturno. El mismo se agrava al caminar, y con el frío, debiendo dormir los pacientes sentados, lo que ocasiona edema, que agrava más la isquemia..

2. Inspección

La piel esta atrofica, con alteraciones de las uñas y las faneras. Hay palidez al elevar el miembro y eritrocianosis en posición vertical.

3. Palpación

Debe palparse los pulsos femorales, poplíteos, pedios y tibial posterior. Además medir el tiempo de relleno venoso (normal menos de 10 segun-

dos y patológico mayor de 20 segundos) y capilar (N. < 2 segundos, patológico > 4 s).

4. Auscultación

Auscultar por soplos en aorta, ilíacas, femorales y poplíteas.

Las cuatro medidas fundamentales del examen físico, son pulsos, soplos, relleno venoso y relleno capilar. Si las mismas dan normales, y el paciente es de mayor edad y hay sospecha de vasculopatía debe repetirse el examen luego de un esfuerzo ó la prueba de hiperhemia.

A todos los diabéticos mayores de 35 años de edad, ó con más de 10 años de antigüedad de la enfermedad, y a todos los individuos mayores de 60 años, aunque el examen clínico sea normal, hay que realizar el índice tobillo/brazo y en los diabéticos agregar el índice dedo/brazo.

Los valores del índice tobillo/brazo son:

- Superior a 1.25 indica apertura shunt arteriovenosos y/o calcificación arterial.
- Normal entre 0.9 a 1,20.
- Isquemia clínica: entre 0.9 a 0.5.
- Isquemia grave: menor de 0.5.

Los índices dedo/brazo son:

- Normal superior a 0.5.
- Isquemia clínica entre 0.3 y 0.5.
- Isquemia grave: menor de 0.3.

Examen neurológico

En atención primaria debe interrogarse de la existencia de calambres, hormigueos, sensación de caminar en algodones, pinchazos, dolor quemante, Hay que interrogar si no hay otras manifestaciones de neuropatía y realizar aunque no existan síntomas el siguiente examen:

1. Valorar la sensibilidad táctil con el filamento de Semmens Weinstein y la sensibilidad vibratoria (si es posible con un medidor cuantitativo (biothenseometer) y sino con un diapason de 128 Hz. Disminución ó abolición del reflejo aquiliano.

2. Ver la fuerza muscular, especialmente el signo del abanico, atrofia de interóseos, y la fuerza contra resistencia.

3. Trofismo de la piel, sequedad, falta de secreción sebácea y sudorípara, con incremento de la temperatura, venas visibles con apertura de lo shunt arteriovenosos. Alteración de uñas y fáne-ras.

Debe completarse el examen, con la realización de una radiografía en tres posiciones: frente con foco en antepié, perfil con apoyo monopódico y $\frac{3}{4}$ oblicuo.

En caso de neuropatía, con hiperqueratosis y apertura de los shunt arteriovenosos, la temperatura medida con un termómetro infrarrojo esta aumentada. Una diferencia mayor de 2 grados de temperatura de una zona a la otra indica riesgo de ulceración y es lo más precoz del Charcot.

Valoración del apoyo

Hay que inspeccionar si hay deformaciones evidentes del pie, y gasto de los zapatos, plantillas, u ortesis, en forma anormal.

Hay que hacer caminar a los pacientes en

punta de pie y en los talones. En la radio-grafía se ve si hay alteraciones del apoyo, luxaciones y fracturas, así como la densidad ósea.

Ver si hay dedos en garra, dedos en martillo, hallux valgus, alteraciones de la marcha, y otras deformaciones.

En casos de alteraciones biodinámicas, debe completarse el estudio, con la realización de pedigrafía, examen en el podoscopio, pudiendo enviarse a un centro de mayor complejidad para un estudio computado del apoyo y de la marcha. ■

Prof. Dr. Adolfo V. Zavala.

Ex director de la carrera de médicos especializado en Nutrición y ex Jefe de la División Nutrición del Hospital de Clínicas "José de San Martín". Facultad de Medicina de la UBA Universidad de Buenos Aires, Argentina. Coordinador consultorio especializado en pie diabético. División Dermatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Presidente de la Fundación Escuela para la formación y actualización en Diabetes y Nutrición (F.U.E.DI.N)

info@fuedin.org

Curso Técnico em PODOLOGIA



A Saúde dos pés em suas mãos



www.inainstituto.com.br - (47) 3222- 3068 - Bom Retiro - Blumenau - SC

Tratamiento Ortopodológico de la Fascitis Plantar

Podología Alicante. España.

La fascitis plantar es la causa más frecuente de talalgia y consiste en la inflamación del origen de la fascia a nivel de la tuberosidad antero-interna del calcáneo. Produce dolor localizado en la zona antero-interna del talón, que puede irradiarse hacia el borde interno del pie. Tras el proceso inflamatorio, si la patología persiste de forma prolongada, pueden producirse cambios degenerativos.

Generalmente los pacientes presentan alteraciones biomecánicas asociadas como causa etiológica de la fascitis. Estas alteraciones biomecánicas pueden ser el exceso de pronación, pie cavo, pie equino, seudoequino o cavo anterior y asimetrías en la longitud de las extremidades inferiores. Todas estas alteraciones son susceptibles de ser tratadas mediante tratamiento ortopodológico con soportes plantares. El uso de los tratamientos ortopodológicos permite la función normal del pie desde su posición neutra evitando compensaciones, que son las que producen el aumento de tensión y por tanto la inflamación de la fascia. Existen estudios que evidencian que el tratamiento ortopodológico personalizado es eficaz en el tratamiento de la fascitis plantar cuando la causa es una alteración biomecánica.

Palabras clave: Fascitis; Fasciosis; Soporte plantar.

INTRODUCCIÓN

La fascitis plantar es la causa más frecuente de dolor en el talón. La inflamación, en un principio aguda, del origen de la fascia plantar y en ocasiones su tendencia a cronificarse si no recibe tratamiento adecuado, dota a esta patología de gran interés a la hora de estudiar tratamientos eficaces.

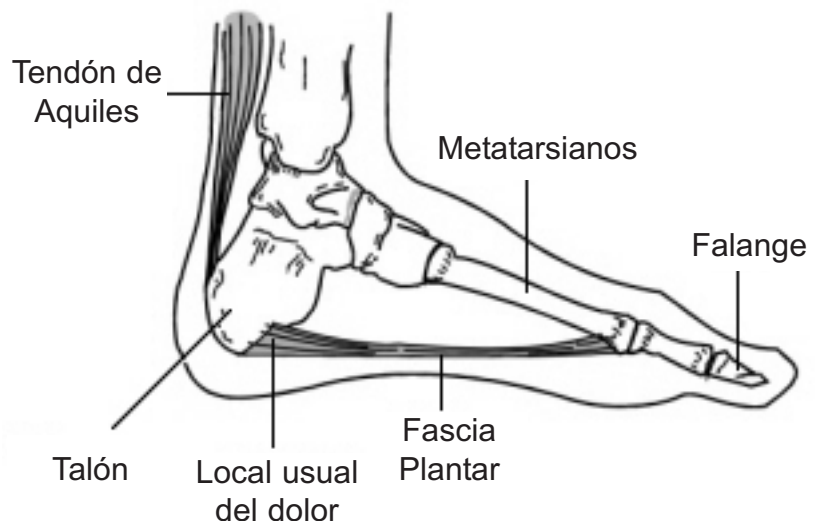
La fascia plantar es un tejido aponeurótico compuesto de tres partes, aponeurosis medial, central y lateral. La aponeurosis medial cubre la superficie del abductor del primer dedo. La aponeurosis central, conocida como fascia, se origina en la tuberosi-

dad interna del calcáneo. En esta región es más gruesa y estrecha, haciéndose fina y ancha en sentido distal y terminando en cinco cintillas pretendinosas que se dividen en superficial y profunda.

La cintilla superficial se mezcla con el ligamento transverso mientras la profunda se inserta en la vaina del flexor y en la base de la falange proximal de los dedos^{1,2}. La aponeurosis lateral se origina en la tuberosidad externa del calcáneo, cubre la superficie del abductor del quinto dedo y se inserta en la base de la falange proximal del mismo. Las funciones de la fascia plantar son ayudar a la musculatura intrínseca en el sostén del arco longitudinal interno, ayuda a la supinación de la articulación subastragalina durante el período propulsivo (efecto Windlass)³, acumula energía debido a su comportamiento viscoelástico (absorbe energía durante la pronación y la libera en la propulsión) y transmite fuerzas de tensión desde el tríceps sural hasta los dedos⁴.

La fascitis está producida por la inflamación del origen de la fascia plantar a nivel de la tuberosidad antero-interna del calcáneo. Produce dolor localizado en la zona interna del calcáneo, que puede irradiarse hacia el borde interno del pie. El dolor aumenta tras un período de reposo y el posterior inicio de la deambulación y se alivia con la actividad física.

Se produce con mayor frecuencia en personas que trabajan en bipedestación prolongada y en



deportistas^{1,5}. Las causas etiológicas son aumento de la actividad física, bipedestación prolongada, alteraciones biomecánicas, obesidad, movimientos bruscos y repetitivos, preparación física inadecuada (falta de estiramientos y calentamiento) y calzado inadecuado. Las alteraciones biomecánicas pueden producir compensaciones, que impiden la función normal del pie y como consecuencia serán las causantes del exceso de tensión en la fascia plantar.

El fracaso biomecánico del pie debido a un aumento de pronación hace que en las articulaciones fundamentales se produzcan movimientos lesivos, tanto en retropié como en antepié, que llevan al fracaso de las partes blandas implicadas en el mantenimiento del arco interno. En condiciones normales, cuando existe un buen funcionamiento de la articulación subastragalina (ASA), Chopart y articulación metatarsofalángica del primer dedo, el pie es perfectamente competente para llevar a cabo una marcha normal sin sintomatología dolorosa asociada.

Cuando aparece una fascitis plantar por exceso de pronación, la articulación subastragalina es incapaz de volver a su posición original y se mantiene pronada durante todo el ciclo de marcha. Para compensar esta posición el antepié supinará en exceso, originando la insuficiencia de toda la estructura músculo-ligamentosa que se ocupa de mantener la arquitectura de la columna interna del pie. Al descender la altura del arco longitudinal interno y aplanarse, se produce un aumento de la distancia entre origen e inserción de la fascia plantar y en consecuencia la inflamación y el dolor que acompaña a esta patología¹.

El pie cavo también puede ser causa de fascitis plantar. Esta patología estructural del pie se caracteriza fundamentalmente por un aumento de los arcos longitudinales (interno/externo) y una retracción importante de los músculos extensores. El desequilibrio de los extensores con respecto a los flexores del mismo pie unido a la alteración de la bóveda, produce garra digital. Esta garra feruliza la articulación metatarsofalángica en extensión, lo que aumenta la tensión directa de la fascia plantar y predispone a su inflamación^{5,6}.

Otra alteración biomecánica predisponente a la aparición de fascitis plantar es la presencia de un pie equino o de un pie seudoequino, también llamado pie cavo anterior. Entendemos como pie equino como una limitación de la flexión dorsal del tobillo por debajo de 10° con la rodilla extendida y partiendo desde su posición neutra. La

amplitud de movimiento del tobillo debe ser aproximadamente de 10° para permitir el desplazamiento normal de la tibia sobre el pie mientras el talón sigue en contacto con el suelo. El pie seudoequino es una deformidad congénita donde los ángulos de declinación de los metatarsianos están aumentados.

En una visión en el plano sagital se puede observar una mayor verticalización del antepié con respecto al retropié. En este caso, para compensar la deformidad del antepié el tobillo deberá disponer de una amplitud de movimiento extra antes de elevar el talón del suelo. En ambos casos puede existir un aumento de tensión de la musculatura cuando las fuerzas reactivas del suelo son aplicadas sobre el antepié.

También puede ocasionarse exceso de pronación, ya que se produce un desbloqueo articular y en consecuencia, una mayor flexibilidad del pie. En antepié se colocará en inversión, abducción y flexión dorsal, actuando como un tobillo secundario a nivel de la articulación mediotarsiana.

Cualquiera de las dos compensaciones aumenta la tensión de la musculatura posterior de la pierna, aumentando la posibilidad de presentar una fascitis plantar⁷. En casos de asimetrías en la longitud de las extremidades la fascitis puede aparecer tanto en la extremidad corta como en la extremidad larga. La extremidad corta intentará acercarse al suelo mediante un equinismo y la extremidad larga intentará acortarse mediante la pronación de la articulación subastragalina.

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años de edad que acude a consulta presentando dolor matutino localizado en el talón derecho desde hace tres meses. La paciente refiere que cuando inicia la deambulación tras un período de reposo, el dolor reaparece de forma aguda, desapareciendo a los 5-10 minutos. La paciente lo atribuye a las marchas prolongadas que mantuvo realizando excursiones durante un viaje turístico.

Durante la exploración muestra hipersensibilidad a la palpación en la zona correspondiente al tubérculo interno del calcáneo 1. Punto doloroso en tubérculo antero-interno de talón.

En la exploración biomecánica se destaca la limitación a la eversión subastragalina, lo que indica un aumento de la pronación en retropié ya manifiesto en descarga. En bipedestación, se observan talones posicionados en valgo y aplanamiento de la bóveda plantar.

La deformidad es flexible, ya que al posicionar-



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

se en puntas el talón variza. Durante la marcha se observa un aumento excesivo del rango de pronación, lo que hace que existan en el pie compensaciones biomecánicas que concluyen en la sintomatología dolorosa asociada a la fascitis plantar. El juicio diagnóstico orienta hacia una fascitis plantar por hiperpronación. Se plantea un tratamiento ortopédico, cuyo objetivo es compensar la pronación excesiva y reeducar la biomecánica anormal de este paciente.

Se realizan ortesis plantares termoconformadas a medida en material termoplástico y sobre molde de escayola. El tratamiento coloca en posición neutra los talones y mantiene en una posición fisiológica la bóveda plantar, relajando la fascia plantar. Se realiza revisión a los quince días, al mes y a los tres meses de la instauración del tratamiento ortopodológico. El paciente refiere la desaparición paulatina de la sintomatología. Relata que si deja de utilizar los soportes por cambio de calzado, el dolor vuelve a aparecer, lo que refuerza la tesis de la hiperpronación como causa etiológica de la fascitis.

- . Talones en Valgo. Hiperpronación.
- . Corrección mediante soportes plantares.

DISCUSIÓN

Existen diferentes teorías en cuanto a la naturaleza de la fascitis plantar, ya que no existen evidencias de su origen inflamatorio o degenerativo. El estudio con Resonancia Magnética Nuclear revela un engrosamiento difuso de la fascia (más de 3 mm), más marcado en la zona de inserción calcánea⁸. Ozdemir et al.⁹ evaluando 39 pacientes mediante ultrasonografía, encuentran que el grosor de la fascia plantar es de 2,9 mm en pacientes con fascitis unilateral. El grosor de la fascia plantar del grupo control era de 2,5 mm, siendo significativa la diferencia entre ambos grupos. Estos estudios parecen avalar la explicación de la inflamación de la fascia como causante del dolor.

Por el contrario, Lemont et al.¹⁰ en un estudio con 50 casos intervenidos quirúrgicamente, propone que el término fascitis no explica su hallazgo histológicos.

En las muestras de anatomía patológica obtenidas, encuentra que existe degeneración tisular, fragmentación de la fascia y ectasia vascular de la medula del tubérculo calcáneo extraído. No encuentra signos evidentes de inflamación, por lo que propone el término fasciosis como más correcto para la definición de la patología.

La fasciosis indicaría una degeneración de la fascia, con riesgo evidente de rotura en casos avanzados. Los hallazgos de Lemont deben ser valorados, aunque los casos analizados son casos de fascitis crónicas de largo tiempo de evolución.

Sin duda, tanto los hallazgos inflamatorios como los degenerativos tienen su explicación lógica. En el estadio inicial de la fascitis plantar se produce la inflamación a nivel de su origen debido al aumento de tensión en la misma. Esto produce dolor localizado en la zona interna del calcáneo que puede irradiarse hacia el borde interno del pie. Si este proceso inflamatorio no es tratado convenientemente y se mantiene en el tiempo se pueden originar cambios degenerativos en el origen de la fascia plantar.

Estos cambios degenerativos comprenden degeneración mixoide, fragmentación de la fascia plantar, ectasia vascular de la médula ósea de la tuberosidad antero-interna del calcáneo y periostitis en la inserción ósea^{10,11}. Estos procesos degenerativos y la tracción continuada que ejerce la fascia sobre el periostio son los responsables de la calcificación del origen de la fascia o espolón calcáneo.

Los tratamientos para la fascitis plantar son muchos y muy variados, desde los tratamientos físicos (ultrasonidos, crioterapia, etc.), los médicos (antiinflamatorios, infiltraciones), los ortopodológicos (soportes plantares), hasta la cirugía en casos extremos y recalcitrantes. En el 90 % de los casos de fascitis el tratamiento conservador es eficaz¹¹.

Para planificar un tratamiento que sea exitoso debemos plantear una diferenciación básica de la patología en estadio agudo o crónico, ya que la propuesta terapéutica variará. En estadios agudos se recomienda reposo, vendaje funcional y aplicación prolongada de crioterapia tres veces al día durante la primera semana. En este caso se buscan efectos analgésicos y antiinflamatorios, ya que la disminución de la temperatura superficial y profunda, produce una ralentización y disminución del metabolismo local vasoconstrictor arteriolar⁵.

A partir de la segunda semana de afectación, podemos incluir dentro de los tratamientos físicos la termoterapia, para relajar musculatura y disminuir la fatiga.

Además aumenta la elasticidad del tejido conjuntivo y produce analgesia.

En este estadio podemos recurrir también a los TENS por la analgesia que producen, así como a los ultrasonidos y laserterapia¹².

Ejercicios para la Fascitis Plantar



Estiramiento



Estiramiento de la pantorrilla



Estiramiento de la fascia plantar



Ejercicios de equilibrio estáticos y dinámicos



Tomada de toalha



Rollo frio



Resistencia a la dorsiflexión



Resistencia a la flexión plantar



Resistencia a la inversión



Resistencia a la eversión

Copyright © 2001 McKesson Health Solutions LLC. All rights reserved.



52%
42%
37%



Las 3 áreas principales del dolor

Para conseguir respuesta adecuada ante el tratamiento con láser, previamente, debemos localizar la zona de fibrosis y aplicar láser de CO2 en barridos que cubra toda la zona. Las aplicaciones de láser puntual de diodo de He-Ne no resultan muy prácticas, al depositarse en la zona muy poca energía¹³. En caso del fracaso terapéutico de las técnicas no cruentas, se puede iniciar la terapéutica con AINE, asociado al soporte plantar (Piroxicam sublingual, 1 comprimido cada 12/h durante 2 días).

Las infiltraciones con corticoides (betametasona + mepivacaína 2 %) se pueden utilizar en fases agudas iniciales. En caso de administrarlas, si no se obtienen buenos resultados después de tres infiltraciones se dejará este tratamiento ya que aumenta el riesgo de producirse degeneración tisular y como consecuencia rotura de la fascia. Si la fascitis está evolucionada es preferible no administrarlas ya que es posible que exista degeneración tisular y la infiltración podría agravarla¹⁰. La aplicación de fricción transversa profunda o Cyriax permitirá recuperar la movilidad de partes blandas evitando la fibrosis del tejido afectado¹⁴.

Junto a los tratamientos físicos locales, se recomienda la instauración de tratamiento ortopodológico en forma de soporte plantares, cuando la fascitis está provocada por una alteración biomecánica. El objetivo de estos será permitir la función normal del pie desde su posición neutra. El uso de taloneras con defenestraciones puede producir edema de ventana y otras alteraciones. La remisión del dolor que se produce en algunos pacientes tras su uso se debe a la relajación del sistema Aquileo-calcáneo-plantar que producen al mantener el tobillo en posición de plantarflexión. Se deben rechazar los tratamientos estándar, ya que no se adaptan a la situación clínica de todos los pacientes.

Es recomendable el uso de soportes plantares personalizados, que respeten la anatomía del pie y compensen las posibles alteraciones biomecánicas.

Los soportes plantares personalizados se realizan previo molde del pie. Actualmente existen muchos métodos para obtenerlos pero preferimos los moldes en venda de yeso tomados en descarga. Esta técnica permite obtener una imagen más neutra del pie que las técnicas en carga y ofrece un mejor control del pie a la hora de realizar el molde, permitiendo mejor acceso a puntos clave como la tuberosidad antero-interna del calcáneo.

Dependiendo de la patología cada soporte ten-

drá unos objetivos diferentes. En caso de exceso de pronación el soporte deberá evitar el hundimiento del arco longitudinal interno, para ello se emplean materiales termoplásticos con memoria elástica como las resinas de poliéster o el poli-propileno que permitirán al material recuperar su forma inicial después de ser sometido a presión.

En el pie cavo se intentarán repartir las cargas de forma homogénea, proporcionando apoyo al arco longitudinal interno y arco longitudinal externo. El pie cavo es rígido, por lo que se recomienda el uso de materiales de absorción de impacto como las espumas de poliuretano.

En el pie equino y pseudoequino (o cavo anterior), se propondrán ejercicios de estiramientos como base del tratamiento. Si existe aumento de la pronación se controlará mediante soportes plantares. El uso de soportes plantares con taloneras de EVA o espumas de polietileno de alta densidad puede ser eficaz en períodos agudos de fascitis o cuando el paciente no responda bien a terapia física.

En casos de asimetrías en la longitud de las extremidades inferiores se compensará la alteración mediante soportes plantares con alza en la extremidad más corta hasta nivelar caderas. Si la longitud a compensar es importante se compensará progresivamente. Hay que poner especial cuidado en el diagnóstico pues pueden existir alteraciones funcionales que den el aspecto de disimetría real cuando esta no existe.

Estudios clínicos aleatorizados demuestran la eficacia de los tratamientos ortopodológicos para el alivio sintomático de la fascitis plantar.

Así Lynch et al.¹⁵ realiza un estudio con tres grupos.

- Al primer grupo se le realizó vendaje funcional y la aplicación de soportes plantares funcionales. Al segundo grupo le fue aplicada terapia antiinflamatoria en forma de infiltración seguida de tratamiento oral con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Al tercer grupo se le aplicó una talonera de material viscoelástico (silicona). Después de tres meses, el primer grupo presentaba una reducción en la escala análoga del dolor de 44 mm.

- El segundo grupo presentaba una mejora de la sintomatología de 34 mm, más reducida que en el primer grupo. El tercer grupo presentaba una pobre reducción de 22 mm. Se evidencia que el tratamiento mecánico de la fascitis plantar es una excelente medida a corto plazo.



Podal

care | podologia
profissional

pés e mãos bonitos e saudáveis

Linha de produtos Podal Care é exclusiva aos profissionais da área da beleza que atuam na saúde dos pés e mãos. Os produtos desenvolvidos contam com avançada tecnologia de base e princípios ativos evanescentes, que promovem a pele das mãos e dos pés resultados eficazes no tratamento de fissuras, ressecamento, higienização e proteção.



Óleo Essencial de Melaleuca

100% concentrado
Previne e combate micoses, hidratando a pele e as unhas, eficaz contra a umidade.

Hidratante Oil Free

Extrato de Própolis
Protege a pele, hidratação OIL FREE, toque aveludado sem deixar com aspecto oleoso.

Pomada Regeneradora

Lanolina e Manteiga de Manga
Regenera fissuras e possui ação cicatrizante, hidratação oclusiva de dentro para fora 100% eficaz contra calosidades.

Creme Peeling

Casca de Nozes e Parafina
Sistema 2 em 1 de esfoliação e gomagem, renovação celular e higienização, exerce sobre a pele fisicamente escamação e estoliação.

Fluido Emoliente

Uréia, Alantóina e Mentol
Cicatrizante, hidratante, antisséptico, promove ação refrescante e auxilia em todo o procedimento estético.

produtos destinados a profissionais
podólogos e manicures!

Tratamento e Prevenção!

Micoses, ressecamentos, fissuras,
fungos e bactérias.



A Linha Podal Care é uma marca exclusiva **Tuon Cosméticos**
serviço de atendimento: +55 11. 4052.3535
sat@tuon.com.br - www.tuon.com.br

Turlik et al.¹⁶ evalúa el tratamiento mediante soportes plantares a medida con taloneras de acomodación estándar.

A los tres meses de evolución encontró que los resultados de los soportes plantares a medida era mejor que en las taloneras de acomodación. Pfeffer et al.¹⁷ comparan cinco tratamientos diferentes, talonera de goma, talonera de silicona, talonera de fieltro, soporte plantar a medida y estiramientos en 200 pacientes. Tras dos meses de evolución, encontró que los soportes plantares tuvieron mejores resultados que los tratamientos prefabricados.

Martin et al.¹⁸ compararon los soportes plantares a medida con soportes del arco interno prefabricados y férulas nocturnas de estiramiento.

A los 3 meses, el grupo de soportes plantares a medida, presentaba unos mejores resultados, mientras que los otros dos grupos presentaban menor grado de satisfacción y reducción de la sintomatología.

CONCLUSIONES

En gran parte de los casos de fascitis plantar se puede encontrar asociada una disfunción biomecánica. Como consecuencia inmediata, hay que plantearse una premisa básica: el tratamiento más eficaz es el orientado a solventar la causa que produce la patología.

El tratamiento de primera elección será el tratamiento conservador.

La asociación del tratamiento ortopédico a la terapia física normalmente utilizada, proporciona un alivio eficaz no sólo de la sintomatología dolorosa, sino que compensa la causa de la fascitis, reestructurando el desequilibrio biomecánico del pie. ▣

Podologia Alicante
www.podologiaalicante.com

Bibliografía

1. Núñez M, Llanos LF. Biomecánica, medicina y cirugía del pie. Barcelona: Masson; 2000. p. 190, 366.
2. Basas A. Fascitis plantar: prevención y tratamiento. Rev Esp Podol. 1999;10(3):149-54.
3. Fuller EA. The windlass mechanism of the foot. A mechanical model to explain pathology. J Am Podiatr Med Assoc. 2000; 90(1):35-46. Pubmed
4. Kirby K. Foot and lower extremity biomechanics. Payson: Precision Intricast 1997. p. 19,45.
5. Moreno JL. Podología Deportiva. Barcelona: Masson; 2005.
6. Valmassy, R.L. L.. Clinical Biomechanics of the Lower Extremities. St Louis: Mosby; 1996. p. 76.
7. Landorf KB, Keenan AM, Herbert RD. Effectiveness of different types of foot orthoses for the treatment of plantar fasciitis. J Am Podiatr Med Assoc. 2004;94(6):542-9.
8. Hernández LC. Fascitis plantar: hallazgos por resonancia magnética. Archivos de Medicina del Deporte. 2001;18(82):165-8.
9. Ozdemir H, Yilmaz E, Murat A, Karakurt L, Poyraz AK, Ogur E. Sonographic evaluation of plantar fasciitis and relation to body mass index. Eur J Radiol. 2005;54(3):443-7. Pubmed
10. Lemont H, Ammirati KM, Usen N. Plantar fasciitis: a degenerative process (fasciosis) without inflammation. J Am Podiatr Med Assoc. 2003;93(3):234-7.
11. Prieto R, Prieto JM. Fascitis plantar: diagnóstico y tratamiento. Rev Esp Podol 2003;14(6):272-8.
12. Igual C, Muñoz E, Aramburum C. Fisioterapia General. Cinesiterapia. Madrid: Ed. Síntesis; 1996.
13. Rodríguez JM. Electroterapia en fisioterapia. Madrid: Ed. Panamericana; 2001.
14. Escamilla E, Fernández LM, Martínez L, Benhamú S, Domínguez G. Fricción transversa profunda y podología deportiva. El Peu. 2002;22(3):142-7.
15. Lynch DM, Goforth WP, Martin JE, Odom RD, Preece CK, Kotter MW. Conservative treatment of plantar fasciitis. A prospective study. J Am Podiatr Med Assoc. 1998;88(8):375-80.
16. Turlik MA, Donatelli TJ, Veremis MG. A comparison of shoe inserts in relieving mechanical heel pain. The Foot. 1999;9(2): 84-7.
17. Pfeffer G, Bacchetti P, Deland J, Lewis A, Anderson R, Davis W, Alvarez R, Brodsky J, Cooper P, Frey C, Herrick R, Myerson M, Sammarco J, Janecki C, Ross S, Bowman M, Smith R. Comparison of custom and prefabricated orthoses in the initial treatment of proximal plantar fasciitis. Foot Ankle Int. 1999; 20(4):214-21. Pubmed
18. Martin JE, Hosch JC, Goforth WP, Murff RT, Lynch DM, Odom RD. Mechanical treatment of plantar fasciitis. A prospective study. J Am Podiatr Med Assoc. 2001;91(2)

Síndrome del Seno del Tarso

Lirios Dueñas Moscardó - Fisioterapeuta. España.

O que es el síndrome del Seno del Tarso?

El Seno del Tarso es un pequeño canal óseo que discurre por el interior del tobillo, por debajo del hueso astrágalo.

El Seno el Tarso puede dañarse debido al sobreuso junto a hiperpronación o cualquier otra alteración de la biomecánica del pie. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes con Síndrome del Túnel del Tarso han sufrido en algún momento de su vida un esguince de tobillo por inversión.

El Seno del Tarso alberga mucho líquido o tejido sinovial (que se encuentra en las articulaciones), el cual se inflama cuando aparece este síndrome; pero esto también puede ocurrir bajo condiciones inflamatorias como la gota o la osteoartritis.

Sintomas del síndrome del seno del tarso:

- Dolor leve localizado justo en el maléolo lateral (prominencia ósea de la parte externa del tobillo).
- Hipersensibilidad al comienzo del Seno del Tarso en la parte externa del tobillo.
- Dolor o dificultad para correr en una curva en el tobillo doloroso. Por ejemplo, si el corredor sufre este síndrome en el tobillo derecho, podrá sentir dolor al tomar una curva hacia la derecha.
- Inversión pasiva de la articulación subastragalina dolorosa (articulación del hueso astrágalo con el hueso calcáneo del pie).
- Una inyección con anestesia en el Seno del Tarso doloroso confirmará el diagnóstico aliviando el dolor y permitiendo una función normal del pie.

Tratamiento del síndrome del Seno del Tarso:

- No realizar actividades que sean dolorosas.
- Aplicar hielo o terapia fría para reducir el dolor y la inflamación.
- El médico podrá prescribirle AINE's (antiinflamatorio no esteroideo) como ibuprofeno (no deberá tomarlo si sufre asma).
- La electroterapia, como los ultrasonidos o TENS, ayudará a reducir la inflamación.



- La movilización de la articulación subastragalina es una parte muy importante del tratamiento y la rehabilitación.



- La corrección de cualquier alteración biomecánica como la hiperpronación por medio de unas plantillas personalizadas tras la realización de un análisis de la marcha o carrera serán imprescindibles para corregir las alteraciones biomecánicas. La hiperpronación en algunos casos también puede corregirse mediante unas zapatillas que neutralicen el exceso de pronación.



- Ejercicios de fortalecimiento el tobillo, sobre todo ejercicios propioceptivos usando tablas de disequilibrios. ▣

Lirios Dueñas Moscardó,
Profesora de la Facultad de Fisioterapia
de la Universitat de València.
liriosclinic@gmail.com



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.

Gommage 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

Orientación Sobre ETS y Prevención para Ancianos

Marcio Vicente Vangoni, Ruth Shimakura, Liliame Ramos, Aparecida Helena Vicentin. *Brasil.*

Pesquisa apresentada al IDEAL "Grupo Interdisciplinar de Desenvolvimento em Estudos avançados e Longevidade" (Brasil) referido al Trabajo de Conclusión (TC) del Curso de Perfeccionamiento en Gerontologia 2011.

Introducción

En Brasil, la política nacional del Anciano (Ley 8.842, de 4 de enero de 2004) y el Estatuto del Anciano (Ley 10.741, de 1 de Octubre de 2003), consideran como ancianos todos los que componen la población de 60 años y mas, esa población viene aumentando debido al avance tecnológico, de la mejoría en la calidad de vida y disminución de fecundidad y de mortalidad, generando una transición demográfica, conforme puede ser comprobado a través de datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), relatan que hasta 2025 la población anciana corresponderá a 15% de la población brasileña 1,2,3,4,5.

A pesar de estudios demostraren esta transición demográfica, todavía hay gran desvalorización y preconceptos en relación a la tercera edad, adonde el envejecimiento rotula el anciano como asexuado, incapaz e invalido crónico, dificultando así la manifestación de su sexualidad todavía presente. 6,7,8.

Ese nuevo perfil poblacional, genera un gran desafío para el poder público, una vez que la sexualidad en la tercera edad es un tema emergente y viene despertando mucho interés en la sociedad y estudios en el área científica. La sexualidad del anciano puede ser mejor comprendida si consideramos que el comportamiento sexual es determinado por varios principios y valores que influyen intensamente ese comportamiento.

De esta manera, el bien estar del anciano es resultado del equilibrio entre su capacidad funcional y social, por eso, cuanto más activo el anciano, mayor será su satisfacción, consecuentemente mejor será su calidad de vida. (CAETANO, 2008) 9.

Hubo un aumento progresivo de personas en la tercera edad con buenas condiciones psicológicas y físicas, dispuestas a proseguir con su vida sexual. Esas relaciones ganaron todavía más impulsos con nuevos medicamentos para disfunción eréctil y reposición hormonal dando condiciones para un desempeño sexual satisfactorio.

Las relaciones sexuales dejaron de tener un carácter reproductor y si de realización personal, satisfacción y mejoría en la calidad de vida, siendo así el número de ancianos con vida sexualmente activa está aumentando, consecuentemente, aumenta el número de casos de ETS y AIDS en la tercera edad (RIBEIRO, 2005) 10.

Segundo la Organización Mundial de Salud, las enfermedades sexualmente transmisibles (ETS) son transmitidas, principalmente, por contacto sexual sin el uso de preservativos con una persona que esta infectada, y generalmente se manifiestan por medio de heridas, corrimientos, bollas o verrugas, tales como AIDS, SIFILIS, entre otras.

A pesar de las ETS/AIDS sean consideradas enfermedades que pueden acometer individuos en varias edades, los ancianos están mas vulnerables a adquirirlas, debido a algunas cuestiones culturales que todavía permanecen como la infidelidad y multiplicidad de parejas adquiridas en la trayectoria de vida de los hombres que hoy tiene mas de 60 años, y no practican sexo seguro porque eso nunca hace parte de la vida de ellos. (Saldanha y Vasconcelos, 2008) 11,12.

En Brasil los últimos estudios observan un aumento del número de casos de AIDS en la tercera edad, superando el crecimiento del número de casos de enfermedad entre los jóvenes de 15 a 19 años, (BRASIL, 2009) 3. Segundo datos del Ministerio de la Salud (2009), de 1985 a 30/06/2008 fueron diagnosticados 505.760 casos de AIDS en Brasil, siendo 12.141 casos en la población anciana. 3

El aumento de las ETS/AIDS en la tercera edad es debido a la falta de conocimiento y de libertad para hablar en el asunto, considerando que cuando eran jóvenes no tuvieron la oportunidad de recibir educación sobre esas ETS. Delante de la evolución de la epidemia de la AIDS en la población de la tercera edad, se hace indispensable nuevas posturas del poder público y de la sociedad en desenvolver medidas preventivas a fin de disminuir el número casos de HIV/AIDS en esa población, una vez que las campañas para prevención de esa enfermedad vuelta para los ancianos es garantido en el Artículo 10 del capítulo IV de la Política Nacional de Anciano, instituida a través de la Ley N° 8.842, de 04/11/94, que tiene como objetivo proteger ese seguimiento de la población, garantir al anciano la asistencia a la salud, en los diversos niveles de atendimento

del Sistema Único de Salud, además de prevenir, promover y recuperar la salud del anciano. Mediante programas y medidas profilácticas (BRASIL, 2003) 13.

Preocupados con esa falta de campañas direccionadas a esa población específica, resolvemos elaborar un folder, para intentar minimizar la incidencia de esa enfermedad en la tercera edad.

Objetivos

General:

- Presentar revisión bibliográfica de la posición de los ancianos sobre las Enfermedades Sexualmente Transmisibles – “ETS”.

Específicos:

- Identificar estrategias para prevención.
- Elaborar folder informativo sobre ETS y su prevención.

Materiales y Métodos

Se trata de una revisión bibliográfica de carácter retrospectivo, una vez que pesquisa bibliográfica es desenvuelta con base en material ya elaborado, constituyendo principalmente por libros y artículos científicos. Para eso fue realizado un levantamiento literario del asunto en libros de la área de Salud Colectiva, Estatuto del Anciano, Vigilancia Epidemiológica, Promoción para la Salud y en el banco de datos de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), usando como palabras-claves tercera edad, sexualidad, epidemiológica, HIV y perfil de la salud.

Consideraciones Finales

Esta revisión demostró que el número de infecciones por el virus HIV/AIDS en personas con 60 años o más, acompaña el crecimiento de la población debido al aumento de calidad de vida, reducción de la tasa de mortalidad, resultando así en la nueva característica de la epidemia.

A pesar de estar en el siglo XXI, hablar de sexo y AIDS en la tercera edad todavía es un tabú para la población y para los profesionales de la salud debido al estereotipo del anciano asexuado permanece activo en la sociedad, representando un obstáculo en la lucha para realización de medidas preventivas en esa edad, ya que esos profesionales presentan dificultades en abordar esos asuntos en sus consultas.

Delante de la confirmación que los ancianos conservan una vida sexual activa, se torna indispensable que el poder público desarrolle políticas de prevención a las ETS/AIDS, con el anciano en el foco de las campañas publicitarias,

adonde el pueda sentirse inserido en la sociedad y parte integrante de la misma.

Pretendemos con ese estudio desenvolver un folder para orientar los ancianos sobre la importancia del uso de preservativos, como medio fundamental de prevención, contribuyendo así para la reducción del número de casos de DST/AIDS en esa población. ■

Referencias bibliográfica

1. Brasil, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica, 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/AIDS_gv_e.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2011.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicações/cader_nos_ab/abcad19.pdf. Acesso em: 20 de agosto de 2011
3. Brasil, Ministério da Saúde. DATA SUS. Casos de AIDS identificados no Brasil, 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def>.
4. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Brasília-DF, 2002. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em 28/8/2011.
5. CURIONI, Cíntia; PEREIRA, Renata; VERAS, Renato. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002, 2003. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo>. Acesso: 1/9/2011.
6. Oliveira, Maria Liz Cunha de; Oliveira, Selma Regina Nunes; Iguma, Lilian Tamy. O processo de viver nos filmes: velhice, sexualidade e memória em Copacabana. Texto contexto-enferm., Florianópolis, v16, n.1, 2007.
7. MATTOS, Gislene; NAKAMURA, Eunice. Aspectos da sexualidade no processo de envelhecimento, 2007. Disponível em: www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/oitavo_a_manha/artigo08.pdf. Acesso em: 20/9/2009.
8. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A AIDS no Estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Rev Bras Epidemiol 2002; 5(3): 286-310. Acessado em: 28 de agosto de 2011.
9. CAETANO, Simone. Sexualidade na terceira idade, 2008. Disponível em: www.webartigos.com/articulos/11942/1/sexualidade-na-terceiraidade/pagina1.html. Acesso em: 11 fev. 2009.
10. Ribeiro, Alda. Sexualidade na Terceira Idade. In.: Netto, Matheus Papaleo & Cols. Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Ateneu, 2005.
11. SALDANHA, Ana; VASCONCELOS, Isabel. Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento, 2008. Disponível em: www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=376. Acesso em: 17 set. 2011
12. ZORNITTA, Marlene. Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética, 2008. Disponível em: www.saberviver.org.br/pdf/dissertacao_novos_idosos.pdf. Acesso em: 20 set. 2011.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Legislação sobre DST e AIDS no Brasil, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_dst_aids_brasil.pdf. Acesso em: 24 set. 2011.

Trabajo final:

Folheto informativo sobre ETS y su prevención.

Trabalho de Conclusão de Curso de Aprimoramento em Gerontologia 2011

MARCIO VICENTE VANGONI
RUTH SHIMAKURA
ELIANE RAMOS
ORIENTADORA: Aparecida Helena Viorilin

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Ribeiro, Aida. Sexualidade na Terceira Idade. In...Netto, Matheus Papaleo & Cols. Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Ateneu, 2005.
2. SALDANHA, Ana; VASCONCELOS, Isabel. Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento, 2008. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=376>. Acesso em: 17 set. 2011
3. ZORNITTA, Mariene. Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da biótica, 2008. Disponível em: <http://www.saberiviver.org.br/pdf/dissertacao_novos_idosos.pdf>. Acesso em: 20set. 2011.

**ORIENTAÇÃO SOBRE
DST'S E PREVENÇÃO
PARA IDOSOS**



Houve um aumento progressivo de pessoas na terceira idade com boas condições psicológicas e físicas, disposições a prosseguirem com sua vida sexual. Essas relações ganharam ainda mais impulsos com novos medicamentos para disfunção erétil e reposição hormonal dando condições para um desempenho sexual satisfatório.



As relações sexuais deixaram de ter um caráter reprodutor e sim de realização pessoal, satisfação e melhoria na qualidade de vida, sendo assim o número de idosos com vida sexualmente ativa está aumentando, conseqüentemente, aumenta o número de casos de DST's e AIDS na terceira idade (RIBEIRO, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) são transmitidas, principalmente, por contato sexual sem o uso de camisinha com uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas, tais como AIDS, SIFILIS, entre outras.



O aumento das DST's /AIDS na terceira idade é devido a falta de conhecimento e de liberdade para falar no assunto, considerando que quando eram jovens não tiveram a oportunidade de receber educação sobre essas DST's.

La Podología de Brasil y Portugal - Un Futuro Promisor.

El Podologo Israel de Toledo, nuestro Director Científico, estuvo en el mes de Marzo impartiendo unos cursos en Portugal, convidado por los profesionales portugueses.

En Junio de 2010, es dado inicio a una sociedad que seguramente va a cambiar el futuro de la podología de la Lengua Portuguesa en el mundo.

La Revistapodologia.com, a través del I Congreso Multiprofesional para la Salud de los Pies realizado en la ciudad de Curitiba-PR (días 27 y 28 de Junio 2010), dio el primer paso al traer por la primera vez al podologista Dr. André Filipe Ferreira, de Portugal, para dar dos disertaciones en el congreso y un curso en San Pablo. A través de esta iniciativa, el link entre los dos países fue abierto.



Ya en 2011, para la 2ª edición del mismo congreso, tuvimos la presencia del Profesor y Coordinador del curso de Podología de la Universidad CESPU de Portugal, el Dr. Miguel Oliveira, que nos enalteció con su presentación y conocimientos compartidos. De esta forma, fue fortalecida la interacción entre las podologías de los dos países.



Ahora en 2012, el Pdgo. Israel de Toledo, director científico de la Revistapodologia.com, invitado por uno de los más importantes Podologistas de Portugal (por los cursos e iniciativas) el Dr. Manuel Cerqueira, fue llamado a impartir un curso de "Terapia Fotodinámica" en la ciudad de Porto, donde pudo compartir con los colegas portugueses nuestra tecnología.

Muy bien recibido por los colegas, fueron 2 cursos durante dos días, donde hubo interacción profesional y principalmente un “quiebre” de mitos y paradigmas que por mucho tiempo separó la podología de los dos países.



Pdgo. Israel de Toledo impartiendo curso de Terapia Fotodinámica em Portugal.

Pero como el objetivo era ampliar y aproximar todavía más la podología de estos países, y como por ambas las partes había interés por el futuro de la podología de la lengua portuguesa, fueron hecho diversos encuentros y cenas regadas al maravilloso vino portugués y una muy buena conversación, como la que tuvo con el Prof. Dr. Domingo Gomes.

El Podologo Israel de Toledo estuvo con las más importantes personalidades de la podología de Portugal, donde en la Universidad CESPU, pudo estar con los coordinadores del curso de dos polos de la podología, el Prof. Dr. Miguel Oliveira (que además de un excelente anfitrión, también un amigo), donde pudo conocer las instalaciones de la Universidad y ver de cerca una de las más respetadas podología del mundo. Y también, recibido por otro coordinador y presidente de la APP (Asociación Portuguesa de Podología) el Prof. Dr. Manuel Portela, que gentilmente lo recibió y posicionó la apertura de las puertas portuguesas para la podología brasilera.

Fueron momentos importantes para la podología, pues esta si es la mayor privilegiada en una sociedad Luso-Brasilera, como así mostro el Prof. Dr. A. Almeida-Dias, presidente del grupo CESPU.

Es un hecho que existen diferencias entre la podología de los dos países, existe muchas situaciones en que la podología portuguesa está más avanzada de lo que la brasilera, pero se observó que existen muchas situaciones en que Brasil mostro una excelente podología de resultados y tecnología, que viene creciendo a cada año, pero lo más importante, es que en una asociación de hermandad, ambos países serian beneficiados. Es el punto de inicio de una fusión donde la podología de lengua portuguesa podrá mostrar al mundo su potencial.

Hoy, Brasil tiene necesidades claras de que se necesitan de mas universidades con la carrera de podología, pues por ser un país de nivel continental, una única universidad (por mejor que sea), no es capaz de suplir la demanda. Necesitamos de mejor formación y por mas capacidad que el podólogo brasilero tenga, su reconocimiento solo surgirá con la formación superior!.

La Revistapodologia.com, con toda su simplicidad y dedicación, viene buscado llevar al mundo (independiente de su idioma) una podología abierta y principalmente, con la característica del “compartir”, pues apenas así, compartiendo nuestros conocimientos, respetando las necesidades unos de otros pero por arriba de todo, respetando nuestra amada profesión (y eso se muestra con ciencia y dedicación al crecimiento de la podología) es que llevaremos la podología a su debido lugar, que es el respeto junto a las demás profesiones de la área de la salud, sabiendo que nuestro papel como podólogos es único y singular. ▣

ECCO[®]



Laser Red Photo Therapy

“O melhor tratamento
para os pés”

100% APROVADO

ONICOMICOSE **CURA**

ONICOCRIPTOSE **CURA**

FISSURA CALCÂNEA **CURA**

VERRUGA PLANTAR **CURA**

Totalmente natural
Não invasivo
Uso terapêutico



INMETRO

ANVISA

80323310002

À venda no **Shop da revistapodologia.com**
www.shop.mercobeauty.com



Visite nuestro Shop Virtual
www.shop.mercobeauty.com

Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



En português

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: (#55-19) 3365-1586

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁCTICOS

40 x 30 cm



HUESOS DEL PIE 1



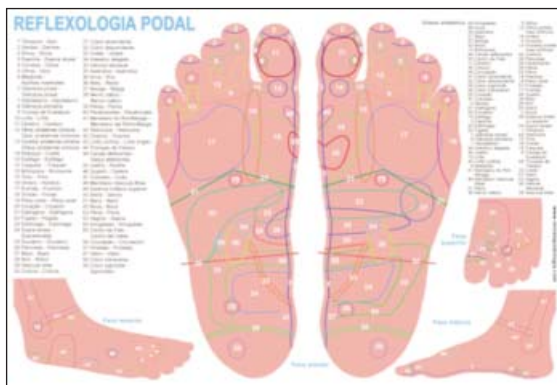
HUESOS DEL PIE 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS

Email: revista@revistapodologia.com - revistapodologia@gmail.com
A la venta en nuestro Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com
 Tel.: #55 - (19) 3365-1586 - Campinas - SP - Brasil