

revistapodologia .com

Nº 41 - Diciembre 2011



Revista Digital de Podología

Gratuita - En Español



4º

CONGRESSO BRASILEIRO DE PODOLOGIA Hair Brasil

25 de março/2012

Expo Center Norte - São Paulo

Evento conjunto à HAIR BRASIL

**Conheça os novos procedimentos e
protocolos profissionais do setor de beleza**

Antecipe sua inscrição pela internet

(promoção válida até 31/01/2012)

Aproveite o

DESCONTO DE 50%

www.hairbrasil.com

Evento conjunto à **HAIR BRASIL** - o mais influente
evento de beleza e estética da América Latina

Realização

HairBrasil
Profissional

Apoio Institucional

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

intercoiffure
MONDIAL
PARIS · TOKIO · LONDON · ROMA
NEW YORK · BERLIN

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

Apoio

**universidade
anhembimorumbi**
Laureate International Universities

revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 41
Dezembro 2011

Director General

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Director Científico

Podologo Israel de Toledo
israel@revistapodologia.com

Correspondientes

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.

5 - Tratamiento Local de las Úlceras Diabéticas.

Podologo Ivo Brochado - **Portugal.**

19 - Esguince de Tobillo.

Podologo Jorge Arturo González Leija - **México.**

24 - Osteocondrosis del Hueso Escafoides: Enfermedad de Kohler.

Dr Daniel Wywiorsky - **Australia.**

30 - Técnica de Onicocriptosis: Basas A-B.

Antonio Basas Encinas - DP, Bernardino Basas García - DP, Maria del Carmen Basas García - DP, Antonio Basas García - Lic. Podologia - España.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 32.

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

A Editorial não assume nenhuma responsabilidade pelo conteúdo dos avisos publicitários que integram a presente edição, não somente pelo texto ou expressões dos mesmos, senão também pelos resultados que se obtenham no uso dos produtos ou serviços publicados. As idéias e/ou opiniões expressas nas colaborações firmadas não refletem necessariamente a opinião da direção, que são de exclusiva responsabilidade dos autores e que se estende a qualquer imagem (fotos, gráficos, esquemas, tabelas, radiografias, etc.) que de qualquer tipo ilustre as mesmas, ainda quando se indique a fonte de origem. Proíbe-se a reprodução total ou parcial do material contido nesta revista, somente com autorização escrita da Editorial. Todos os direitos reservados

**A qualidade dos produtos Ferrante tem
o reconhecimento do profissional
brasileiro há mais de 80 anos.**



Cadeira Master
Cód. 13945 M1
Opcinais
- bandeja para resíduos
- luminária com exaustor
- bandeja para instrumentos
- suporte universal



Mocho
Cód. 15200



Cadeira Master
Cód. 13945



Luminária
Cód. 17201

Estufa
Cód. 17600

Armário
Cód. 15401

Rua Independência, 661 - Cambuci - São Paulo - SP - CEP 01524-001
Grande São Paulo (11) 2063 7815 - Demais localidades DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

 **FERRANTE**
80 anos valorizando o profissional

Tratamiento Local de las Úlceras Diabéticas

Dr. Ivo Brochado, Podologista. Portugal.

Cuál es el producto y apósito ideal?

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones más temidas de la Diabetes Mellitus (DM) son las úlceras de los pies, que pueden culminar con la perca de un miembro. Sabemos que, aproximadamente, cerca de 15% de los pacientes con DM van a sufrir de una úlcera del pie o pierna durante la ruta de su enfermedad. Siendo así, el tratamiento local de la úlcera diabética adquirió una gran importancia y mayor complejidad a la medida que los estudios de investigación tiene avanzado con el descubrimiento de nuevas formas de tratamientos.

Evaluación inicial de la lesión

Cuando nos confrontarnos con una úlcera en un pie diabético, no debemos olvidar la evaluación general del enfermo, y no nos centremos apenas en el problema local. Una vez realizada una historia clínica adecuada, es imprescindible realizar una evaluación integral de la úlcera. Es fundamental, en primer lugar, un diagnóstico etiológico de la úlcera. Aunque del punto de vista clínico, la localización de la úlcera, y su aspecto, el estado de la piel y anexos nos ofrezca bastante datos, es obligatorio hacer una exploración neurológica, vascular y biomecánica. Una vez realizada esta evaluación, podemos encontrar tres tipos básicos de lesiones en el pie diabético: neuropáticas, isquémicas y neuroisquémicas. Cualquiera una de estas lesiones se puede complicar con infección.

Debemos medir el tamaño de la lesión. Es muy importante evaluar la profundidad y estado de las estructuras profundas. La úlcera debe ser explorada mediante instrumentos estériles en todas sus dimensiones, porque de esta manera descartamos cavitaciones de las mismas. Mediante esta exploración, podemos llegar a palpar el huesos, lo que es un fuertísimo señal para diagnosticar osteomielitis. La úlcera puede presentarse con exudado seroso, hemático, sero-hemático o simplemente, purulento. Todo esto debe ser, debidamente, apuntado en la historia del paciente.

Es fundamental evaluar el lecho de la úlcera y, para eso, podremos utilizar, entre otras, la



Figura 1 – Lecho rojizo. Tejido de granulación.

Marion Laboratories Wound Classification, presentada en la tabla 1 (Fig. 1).

Marion Laboratories Wound Classification

Tabla 1

Rojo	Limpio. Tejido de Granulación
Amarillo	Posible infección necrótica, necesita limpieza
Negro	Necrótica, necesita limpieza

Es de gran importancia la evaluación de los tejidos periulcerosos, pues pueden presentar señales sépticas como celulitis, fluctuación, crepitación o porque se encuentran macerados por el exudado o incluso por el sistema de curas que podremos estar a utilizar. Descartar la infección, inicialmente, será fundamental para asegurarnos un pronóstico favorable. El diagnóstico de infección en el pie diabético será, fundamentalmente, clínico y, delante de la mínima sospecha, será imprescindible trátala inmediatamente y adecuadamente.

Una vez registrados los datos anteriores, podemos clasificar la úlcera. La clasificación más utilizada y mundialmente acepta es la de Wagner, que diferencia 5 grados en función de la profundidad y extensión de la pérdida tecidular. El problema de esta clasificación es que nunca se refiere a la etiología y la presencia de infección y solo referenciada a partir del grado 3. Se recomienda la utilización de la Clasificación de la Universidad de Texas que tiene en cuenta la profundidad de

la lesión, la presencia de infección y la isquemia, siendo por tanto, una clasificación de elección para las lesiones ulcerosas del pie diabético.

La clave en el tratamiento de la úlcera es establecer la etiología de la lesión. No hace ningún sentido tener cambio continuo de apósitos para la cicatrización de una úlcera isquémica, porque será necesaria una evaluación de la cirugía vascular, que decidirá si está indicada una revascularización. De la misma manera, en el caso de la úlcera ser neuropática pura, sin compromiso vascular, se debe tratar minimizando la presión de la zona. Si esto no se concretiza y el paciente continúa a caminar sobre la úlcera sin descarga, el tratamiento local estará condenado al fracaso.

La úlcera del pie diabético no es una herida crónica por definición, siendo que es una herida que se torna crónica con el tiempo, debido a un atraso en el diagnóstico o a un tratamiento inadecuado, o sea, una herida en que el proceso fisiológico de cicatrización está alterado. Caracterizase por una disfunción celular y por un desequilibrio bioquímico, cuya principal manifestación es la presencia de varias barreras mecánicas que dificultan y retardan el proceso normal de cicatrización. Las principales barreras de cicatrización en una úlcera del pie diabético son la presencia del tejido necrótico esfacelado, el desequilibrio bacteriano y la alteración de los niveles de exudación y su composición.

Protocolo de tratamiento local de la úlcera neuropática

En función del estado clínico de la úlcera, podrá ser seguida la siguiente lista de terapéutica local:

- Limpieza de la herida;
- Desbridamiento;
- Control del exudado;
- Prevenir y combatir la infección;
- Descarga;
- Estimular la cicatrización y o reepitelización.

Limpieza de la herida

Todas las úlceras están contaminadas por bacterias (2), lo que no quiere decir que estén infectadas. En la mayoría de los casos, una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana evolucione para infección clínica.

La limpieza de la herida es fundamental en cada tratamiento y es una de las bases más importantes para optimizar las condiciones de la herida y disminuir el peligro de infección. Debemos empezar la limpieza con una solución salina isotónica con una presión que no

cause trauma en el lecho de la herida, más que facilite el arrastramiento mecánico de los restos necróticos (figura 2). A esta limpieza deberá siempre seguirse un secado por presión y nunca por fricción.



Figura 2 - Limpieza de la herida.

No se recomienda el uso de ningún producto antiséptico en el lecho de la herida debido a su capacidad citotóxica (3). Los antisépticos tópicos, en las limpiezas de heridas, tienen únicamente utilidad para disminuir la carga bacteriana en las heridas infectadas.

El uso de antisépticos para la limpieza y tratamiento de las úlceras del pie diabético es, sin embargo, muy controversia hoy en día. Hoy en día posemos gran gama de productos comercializados, por ejemplo, la Povidona Iodada, aunque su acción antiséptica se clasifique entre el nivel alto y nivel intermedio, en el tratamiento de las úlceras del pie diabético su utilización deberá ser selectiva, únicamente como “espera” de otras alternativas terapéuticas para conservar la zona aséptica, y en caso de necrosis distales con el objetivo de secarlas en cuanto se espera por una amputación o en las últimas fases de epitelización también como secante (Figuras 3, 4).

Nunca se debe utilizar para la cicatrización de las heridas, dado su efecto citotóxico sobre los queratinocitos y fibroblastos, hasta porque su utilización, por periodos prolongados, forman costras que impiden la cicatrización.

La Clorhexidina a 0,5% es un antiséptico de baja acción, actuando exclusivamente sobre bacterias gram+ y gram-, aunque existan ciertas especies de pseudomonas que pueden ser resistentes.

Por veces, cuando se macera la zona perilesional, podemos usar tanto la povidona iodada como la clorhexidina, como protección antiséptica y secante en vuelta de la herida. El agua oxi-

Calzado y productos para el cuidado de los pies

Orto-Gama®



Creados para la comodidad de sus pies

CALZADO ORTO-GAMA COMFORT
PARA CABALLERO



CALZADO ORTO-GAMA COMFORT
PARA DAMA



SANDALIAS DE DESCANSO
ORTO-LADY



SEPARADOR DE GEL TIPO T



ANILLOS CON DISCO DE GEL



PROTECTOR DE JUANETE



PROTECTOR DEDO TOE CAP



DEDO EN GARRA TOE CREST



PASO SUAVE CON ANILLO



PUNTERA CON GEL



TIN CON GEL DE DAMA



HALLUX VALGUS



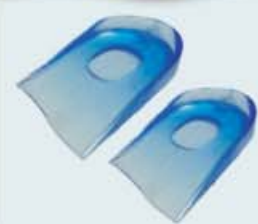
TALONERA DE HERRADURA



TALONERA DE DONA



TALONERA DE GEL Y SILICÓN



dada (peróxido de hidrogenio) es un antiséptico de amplio espectro germicida, pero tiene como gran desventaja el facto de quedar rápidamente inactivo por los tejidos mediante la enzima catalase. Como hemostático es usado después del desbridamiento quirúrgico con hemorragia abundante.



Figura 3 – Aplicación de la povidona iodada en una necrosis seca.



Figura 4 - Aplicación de la Povidona iodada con antiséptico y secante a nivel perilesional.

Desbridamiento

La úlcera más frecuente en el paciente diabético es la úlcera neuropática plantar, también conocida como mal perforante plantar. Típicamente, estas lesiones se encuentran rodeadas de una hiperqueratosis o callo periulceroso, que es fundamental eliminar. La lesión debe ser desbridada en toda su extensión y siempre respetando las normas de asepsia. Estos desbridamientos son realizados sin necesidad de recurrir a la anestesia, debido a etiología de la úlcera. Como, generalmente existe una buena irrigación en el pie puramente neuropático, existirá un sangramiento de las bordas. En mi práctica clínica, acostumbro remover toda la hiperqueratosis, rea-

lizando un buen curetaje de la epidermis superficial hasta que los tejidos periulcerosos sangren un poco (Figura 5).



Figura 5 - Desbridamiento del tejido desvitalizado.

En el acto del desbridamiento, si nosotros nos deparamos con exudado purulento, deberemos recoger una muestra para enviar al laboratorio, realizando cultivo y antibiograma.

Si durante el desbridamiento se apalpa y/o se ve los huesos, una osteomielitis esta casi confirmada. Una vez terminado o desbridamiento total, vamos tener el tamaño y profundidad real de la úlcera.

Cuando el lecho de la úlcera presenta esfacelos, tejidos necrótico y/o fibrótico será imprescindible un desbridamiento exhaustivo de la misma, ya que estas presentan mayor probabilidad de infecciones, además de presentaren un atraso en la cura al actuaren como barrera mecánica para el tejido de granulación. El desbrida-

miento consiste, así, en eliminar todo el tejido muerto, desvitalizado y contaminado, extrayéndolo de la herida. Existen mecanismos naturales de desbridamiento entretanto, existen numerosos estudios que demuestran que este proceso fue acelerado, la úlcera cerrara más rápidamente (2). Existen diferentes formas de acelerar este desbridamiento: quirúrgico (mediante tijeras y/o bisturís), por medio de un preparado enzimático (como la colagenasa) y también a través del desbridamiento auto lítico (mediante hidrogeles y otros productos de cura húmeda que permiten la auto digestión del tejido, desvitalizado por enzimas, normalmente, presentes en los fluidos de la úlcera) (Tabla 2).

Formas de Desbridamiento

	Desbridamiento quirúrgico	Desbridamiento enzimático	Desbridamiento autolítico	Desbridamiento mecánico
Indicaciones	- Grandes necrosis - Infecciones profundas	- Lecho esfacelado - Costras necróticas	- Base seca - Úlceras cavitadas - Exposición ósea	- Contra-indicación de las anteriores
Método	- Bisturi - Curetage	- Colagenasa	- Hidrogeis	- Apósitos húmedos o secos

Tabla 2

El desbridamiento quirúrgico es el más rápido y eficaz. Será indicado en caso de grandes zonas de necrosis, alto grado de contaminación y infecciones graves (Figura 6).

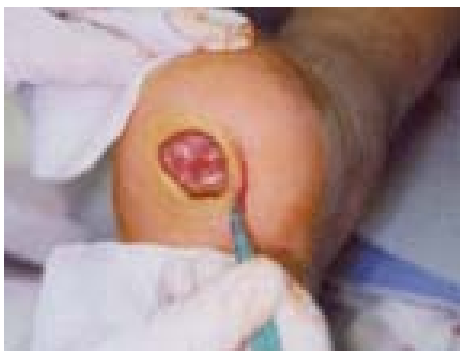


Figura 6 - Desbridamiento quirúrgico.

Para realizar este tipo de desbridamiento será necesario asegurar condiciones optimas para la cura de la herida y un aporte sanguíneo suficiente (IPTB> 0,5, presión hallux>50mmHg y una presión transcutánea de oxígeno > 30mmHg)(4).

En aquellos casos, adonde la lesión neuropática no le permite, será necesario asociarse a la administración de un anestésico local o general.

Uno de los productos más utilizados para **el desbridamiento enzimático** es la colagenasa. En las heridas y úlceras, la colagenasa endógena actúa, no solo como agente desbridante, pero también como un estímulo a la granulación y a la remodelación de la matriz intracecular.

Muchos trabajos tiene demostrado que la colagenasa exógena (Clostridiopeptidase) aplicada en las heridas tiene también estas propiedades.

Por eso, su utilización trae ventaja en ambas las fases de la cicatrización. Existen evidencias, científicas que indican que la Colagenasa (Clostridiopeptidase A) es un desbridante bastante potente, aplicándose 1 vez/día una fina camada de 2mm sobre la zona a tratar ligeramente humedecida (para potencias su acción).

Su acción puede encontrarse comprometida en el caso de mezclarse con otros preparados enzimáticos, antisépticos, metales pesados y detergentes. Esta contra-indicada su aplicación directa sobre ligamientos, fascia o huesos expuestos (Figura 7).



Figura 7 - Úlcera isquémica que requiere desbridamiento autolítico y no enzimático ya que existe exposición ósea.

En costras necróticas duras, se puede inocular con seringa y aguja en la base del tejido necrótico o hacer pequeñas incisiones en el centro de la escara para facilitar su desbridamiento quirúrgicamente (figura 8). La colagenasa también se comercializa combinada con Neomicina.



Figura 8 - Aplicación de colagenasa con jeringa.

El desbridamiento autolítico es facilitado por todos aquellos apósitos que eliminen el ambiente húmedo, especialmente, hidrogeles, hidrocoloides, filmes transparentes y alginatos. Estos apósitos crean un ambiente idóneo para la licuefacción de los restos y promueven, al mismo tiempo, la formación del tejido de granulación. Es una forma de desbridamiento indoloro y selectivo, pero, por otro lado, bastante más lenta. Será un método de elección para aquellos enfermos con un componente isquémico severa y/o exposición ósea.

Los hidrogeles son productos orientados para incrementar los niveles de humedad en los tejidos, debido al elevado porcentaje de agua presente en su composición.

Esta, por eso, especialmente indicado para aquellas heridas con bajo nivel de exudado o tejido necrótico seco, con objetivo de crear un ambiente húmedo que promueve el desbridamiento auto lítico o la proliferación del tejido de granulación.

Están contra-indicados en úlceras con grande exudado, pues podría producir maceración perilesional. No tiene función de barrera bacteriana y necesitan de un apósito de cobertura.

Otro producto que favorece el desbridamiento autolítico son los alginatos, que, al entraren en contacto con el suero, exudado o cualquier solución que contenga iones de sodio, se convierten parcialmente, en alginato sódico y forman un gel hidrofílico, lo cual va crear un ambiente caliente y húmedo, desarrollando una optima cicatrización. Los alginatos cálcicos son productos no antigénicos, hemostáticos y que presentan algún efecto bacteriostático (5).

La frecuencia de cambio de vendajes aumenta en relación con el exudado de la herida, para evitar la maceración de los tejidos adyacentes. Esta

indicado en úlceras muy exudativas y contra-indicado en úlceras secas o con poco exudado.

El desbridamiento mecánico es el menos usado, es poco selectivo y, en ciertas situaciones, puede arrastrar tejido saludable. Consiste en la eliminación del tejido desvitalizado mediante fuerzas físicas, que incluyen el uso de apósitos húmedos/secos, hidroterapia (lavaje de la herida por fricción).

La elección entre desbridamiento mecánico y/o tópico es empírica. La mayoría de los especialistas concuerda con la mayor eficacia en el desbridamiento quirúrgico (6) (obligatorio en caso de infección) y, por veces, el ideal será una combinación de ambos (Figuras 9 y 10).



Figura 9 – Requiere desbridamiento quirúrgico de las hiperqueratosis perilesional, y a nivel del lecho podemos combinar un hidrogel con un apósito de plata para controlar la carga bacteriana.



Figura 10 - Imprescindible combinar un desbridamiento quirúrgico y enzimático y/o autolítico ya que los restos de fibrina adheridos al lecho de la herida dificultan el quirúrgico.

Control del exudado

El exudado proporciona nutrientes a las células envueltas en el proceso de cicatrización, participa en el control de la infección, permite la acción de factores tróficos naturales y mantiene un ambiente húmedo, que favorece a la cicatrización (3).

La cantidad de exudado presente en una herida puede condicionar a su cicatrización, así siendo, tanto un exceso como un defecto del exudado pueden ser perjudiciales para el desenvolvimiento de los complejos procesos de la cicatrización.

Así, el apósito a utilizar deberá absorber el exceso de exudado sin nunca secar el lecho de la herida y, al mismo tiempo, esta absorción debe ser también selectiva, respetando las enzimas, factores de crecimiento y las demás sustancias que interviene en el proceso de cicatrización y que se encuentran presentes en el exudado de la herida.

Clínicamente, el exceso de exudado se manifiesta a través de una maceración perilesional, factor a tener en cuenta, ya que provoca un gran atraso en el proceso de cicatrización.

Un aumento de la exudación de la úlcera puede ser debido a muchos factores (Tabla 3):

Tabla 3

Causas del aumento del exudado	Terapia
Alteraciones sistémicas	Tratamiento etiológico
Edema local	Terapia compresiva
Aumento de la carga bacteriana	Apósito antibacteriano

. A un aumento de la carga bacteriana en el lecho de la úlcera (necesario hacer el control de esa misma carga bacteriana, usando un pensó absorbible) (Figura 11);

. O podrá derivar de un edema local (que se tratará con terapia compresiva).

Control de la carga bacteriana

Se considera que una herida de evolución crónica está contaminada cuando presenta bacte-



Figura 11 - Aumento de la cantidad de exudado y tejido desmenuzado como consecuencia del aumento de la carga bacteriana.

rias en su superficie que no proliferan. Una herida presentase contaminada cuando existen, en su superficie, gérmenes que se multiplican sin producir lesiones celulares en el hospede.

Por último, una herida está infectada cuando existen invasión y multiplicación de micro-organismos en los tejidos, ocasionando una lesión local en las células de la herida.

Considerase que una herida está infectada cuando se contabilizan más de 100.000 calorías por grama de tejido o cuando existen señales claras de osteomielitis, infección regional o general.

Hoy en día, se tiene discutido conceptos como la presencia de una elevada carga bacteriana en el lecho de una herida que, sin causar infección, puede atrasar la cicatrización de las heridas crónicas (Tabla 4).

Señales que pueden evidenciar un aumento de la carga bacteriana

Tabla 4

Tejido desmenuzado
Tejido de granulación pobre
Maceración perilesional
Lecho rojo brillante
Hipergranulación



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, Alantoína 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

El control de la carga bacteriana en las úlceras del pie diabético (heridas, crónicas, en su mayoría), será fundamental para asegurar un buen proceso de la cicatrización. Para evitar esta contaminación, será primordial un buen control de la carga bacteriana y, para eso, hay que partir del presupuesto que el lecho de la herida está contaminado, por eso, el uso de apósitos bactericidas deben protocolizarse desde el comienzo del tratamiento local de la úlcera.

Los apósitos de carbón activado y plata son apósitos fácilmente tolerables y, debido a su principio puramente físico de limpieza de la herida, tiene pocos efectos secundarios y no desenvuelven resistencia, como puede acontecer con la utilización de los antibióticos.

Su principal función es disminuir la carga bacteriana del lecho de la herida, mediante la absorción y fijación al apósito de los micro-organismos que contaminan e infectan la herida, eliminando, así, los olores desagradables. Son apósitos muy flexibles y fácilmente adaptables a las estructuras anatómicas del pie.

Únicamente se debe usar agentes antibacterianos tópicos cuando existen señales y síntomas locales de infección o en el caso de existir un aumento de la carga bacteriana. Se utilizan antibióticos sistémicos si los señales y síntomas de infección se extiende mas allá de las márgenes de la úlcera o si se verifica "probing to bone" positivo (Figura 12).



Figura 12 – Úlcera cavitada con probing to bone positivo. Confirmándose osteomielitis por Rx. Tratamiento – ejerce quirúrgica.

El diagnóstico de infección asociada a la úlcera diabética debe ser, fundamentalmente, clínica. Los síntomas clásicos de la infección local de la úlcera cutánea son los siguientes: inflamación (eritema, edema, tumefacción y calor), dolor, olor, exudado purulento (Figura 13).



Figura 13 - Úlceras exudativas y con olor característico. Imprescindible hacer cultivo microbiológico.

En relación a la evolución de la terapéutica local, si pasado un plazo entre dos a cuatro semanas con tratamiento local, la úlcera no ha evolucionado favorablemente o continua con señales de infección local, siendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá pensarse en implementar un régimen de tratamiento con antibiótico sistémico específico, con un cultivo previo, preferencialmente, mediante una aspiración percutánea con agujas o biopsia tecidular, evitando usar las técnicas de raspado o la utilización de hisopos, una vez que estas pueden detectar apenas micro-organismos de la superficie y no el verdadero microorganismo responsable por la infección.

Tendremos, también que reconsiderar la existencia de la enfermedad vascular periférica, rea-

lizar una radiografía para descartar osteomielitis y/o comprobarse la descarga de presiones esta a ser eficaz (Figura 14).



Figura 14 - Flemón con contenido purulento y drenaje del mismo.

Los antibióticos tópicos pueden ser inapropiados en las úlceras y heridas. No se conocen trabajos clínicos adonde se demuestran su superioridad o inferioridad a los antisépticos, adelante a los microorganismos (6). Cuando existe una infección, no una colonización, se debe recurrir a una vía sistémica y no a una tópica. El uso de antibióticos por vía tópica es más viable de producir resistencia por parte de los microorganismos.

La sulfadiazina de plata 1% (crema) es un antibiótico tópico letal para gram + y -, Pseudomonas Aeruginosa y Cándida Albicans. Se puede utilizar como agente antimicrobiano para reducir la carga bacteriana en el lecho de la úlcera en combinación con antibioterapia oral, cuando existe infección evidente.

No se debe utilizar con enzimas proteolíticas tópicas que posibilitan la inactivación de la plata. La Nitrofurazona, antibiótico tópico, es una bactericida cuyo espectro de acción es letal para

bacilos gram + y -, algunos protozoarios, entretanto, son ineficaces para Pseudomona Aeruginosa.

En la actualidad, es uno de los fármacos tópicos más utilizados en curas húmedas en el tratamiento de úlceras del pie diabético, pudiendo ser aplicado en lechos limpios con el objetivo de mantener la humedad que favorezca reacciones metabólicas de regeneración y, al mismo tiempo, aliviar la carga bacteriana.

Se debe aplicar, únicamente, en el lecho de la herida, sin atingir la zona perilesional, y en mínimas cantidades para evitar la maceración de la misma zona.

Descarga

Es fundamental y imprescindible uso de descargas provisionales en todas las lesiones localizadas en zonas de presión, que serán, prioritariamente, de carácter neuropático.

En el tratamiento de cualquier lesión localizada en una zona de apoya, por muchos tratamientos locales que hacemos, si este no fue acompañado por un tratamiento locales que hacemos si este no sea acompañado por un tratamiento ortopedico adecuado, equilibrando o compensando las cargas, obtenemos pocos y pobres resultados (Figura 15).



Figura 15 - Descarga en fieltro.

Estimular la cicatrización y reepitelización

Cuando nos deparamos con una úlcera en plena fase de granulación, con un lecho rojo y limpio, será fundamental el control del exudado y, en función de la exudación de la lesión, se lle-

vara a cabo la elección del apósito más idóneo. También hay que tener en consideración otro tipo de propiedades específicas de cada apósito, como la adhesividad, aislamiento y transparencia, así como las condiciones locales de la úlcera a tratar: presencia de los restos necróticos, depósitos de fibrina, tejido de granulación, cantidad de exudado, estado de la piel circundante y localización.

Es importante que la capacidad de absorción del apósito sea la más similar posible la cantidad de exudado que promueve de la úlcera, evitando la maceración de la zona perilesional y permitiendo, así, un mayor espaciamiento entre los cambios de apósitos.

Otro aspecto que el curativo debe proporcionar a la herida es un grado de humedad y de temperatura optimizado.

Las condiciones de humedad, temperatura y pH influyen, decisivamente, en la cicatrización, ya que favorece el desbridamiento auto lítico gracias a la activación de enzimas locales que digieren los restos de fibrina y de material necrótico, previenen la formación de crestas que impidieron la adecuada epitelización, baja la tensión del oxígeno (<5 mmHg.) y disminuyen el pH, lo que promueve la proliferación de fibroblastos, la angiogénesis y la migración de los queratinocitos y, finalmente, alivian la sensación del dolor local (7).

La acumulación de la humedad en el lecho de la herida, generalmente, en las últimas fases de la cicatrización, puede producir una hipergranulación del lecho ulceroso (Figura 16), se tornando esencial, en este caso, un desbridamiento quirúrgico del granuloma, en caso contrario, se atrasar el proceso de cicatrización.

También, deben permitir el cambio gaseosa. La oclusión, como método de tratamiento, es conocido desde 1950 (8). La experiencia demostró que la oclusión de las heridas mantiene un ambiente húmedo, lo que favorece su cicatrización.

Finalmente, es recomendable que el apósito actúe como barrera antibacteriana minimizando el riesgo de infección de la herida, sean compatibles con los tratamientos coadyuvantes, no afectan la piel circundante, permiten cambios de apósitos traumáticas, facilitando la aplicación y retirada sin provocar daños tisulares ni dejan restos de material en la herida, que sean cómodos y estéticos para el paciente, no produciendo malos olores, que su composición sea neutra,



Figura 16 - Hipergranulación con bordes no adheridos. Requiere desbridamiento quirúrgico del granuloma.

que requieren pocos cambios de los apósitos y que el costo sea efectivo.

En las últimas fases de cicatrización, lo más importante será mantener un medio óptimo y húmedo sobre la úlcera y espaciar los cambios entre apósitos para favorecer y acelerar el proceso fisiológico de cicatrización. Esto se puede conseguir con la vasta gama de productos de apósitos existentes en el mercado, cuyas características e indicaciones son descritas de forma individual por sus fabricantes.

El apósito ideal será, por eso, aquel que mejor responda a los principios objetivos terapéuticos para conseguir un buen manejo del exudado, para crear condiciones de cura en un ambiente húmedo y para proteger la lesión de infecciones, sobre una buena relación coste/beneficio (9). Los apósitos hidroactivos se caracterizan por crear un ambiente húmedo en la herida que estimula la regeneración tisular y acelera la cura. Su mecanismo de actuación está basado en la absorción del exudado y manteniendo el lecho de herida húmedo y con buena temperatura.

Podemos destacar los hidrocoloides que son apósitos oclusivos con acción absorbente y favorecen el proceso de desbridamiento debido al gel que forma con los fluidos de la propia herida (10) – los hidropolímeros, presentan una gran capacidad de absorción y un alto nivel de retención de los fluidos, son adaptables y flexibles y proporcionan un acolchamiento confortable para el paciente (11,12) (Figura 17).



Figura 17 - Apósito hidropolímeros.
Oclusivo, adherente y acolchado.



Figura 18 - Fase de granulación.
Lecho rojizo y limpio.

Las películas transparentes tienen como su principal inconveniente su nulo poder de absorción, aunque puedan estar indicados para úlceras superficiales y con poco exudado, así como apósito secundario. Las siliconas son una red de poliamidas impregnadas en un gel de silicona que parece favorecer la granulación proporcionando ambiente húmedo y las hidrofibras de hidrocoloide se transforman en gel al entrar en contacto con el exudado y mantiene también el ambiente húmedo necesario para la cicatrización de la herida (13, 14).

Otra forma de acelerar el proceso de cicatrización y reepitelización y evitar, así, posibles infecciones, es el uso de sustancias cicatrizantes, indicadas, únicamente, para las últimas fases de la cicatrización. El colágeno es considerado un cicatrizante que favorece procesos como la migración, crecimiento y proliferación de fibroblastos. Forma puentes de colágeno que ayudan a la formación de tejido de granulación (Figura 18).

“Los apósitos bioabsorbibles de colágeno y celulosa oxidada y regenerada, protegen y estimulan la actividad de los factores de crecimiento endógenos, potencia su función y acelerando de este modo el proceso de cicatrización. Se tiene presentado varios estudios promisorios sobre factores de crecimiento aplicados de forma tópica.

En particular, el factor de crecimiento derivado de las plaquetas humanas cuya efectividad fue

probada clínicamente en úlceras neuropáticas crónicas en el pie diabético con excelentes resultados (2).

Existe una gran cantidad de factores de crecimiento, entretanto, los más utilizados en el tratamiento de úlceras del pie diabético son PDGF (factor de crecimiento derivado de las plaquetas), EGF (factor de crecimiento epidérmico) y FGF (factor de crecimiento derivado de los fibroblastos). La laserterapia (laser de CO₂), también es utilizada con éxito en el tratamiento de úlceras en las extremidades de personas diabéticas y en las escaras de pacientes acamados, acelerando la cicatrización, disminuyendo el dolor y evitando amputaciones.

Bibliografía

1. Enoch S., Harding K. Wound bed preparation: The science behind the removal of barriers to healing. *Wounds*, 2003; 15(7): 213 – 29.
2. Sibbald, R.G., Williamson D. Orsted, H.L., Campbell, K., Keast, D., Krasner, D., Sibbad, D. Preparing the wound bed-debridement, bacterial balance, and moisture balance. *Ostomy Wound Management*. Nov 2002; 46(11): 14 – 34.
3. Aznar García, M.A.; Martínez Gómez, D.A. Tratamiento local de las heridas del pie diabético. Apósitos y curas. En: Martínez Gómez, D.A. Cuidados del pie Diabético. Un enfoque multidisciplinario. Ed. ARAN S.A. Madrid, 2001:89 – 106.



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

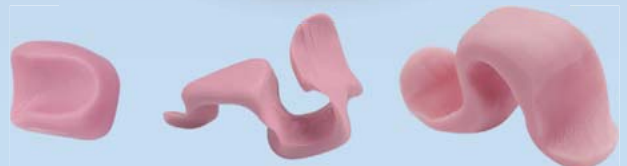


BLANDA BLANDA



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

4. Dolynchuk KN. Debridement. In: Krasner DL., Rodeheaver GT., Sibbald RG. Chronic Wound Care: A clinical source book for healthcare professionals . Third edition 2001. Wayne, P.A. Health Management Publications, Inc. pp. 385 – 390.

5. Bale, S.; Baker N.; Crook H.; Rayman A.; Rayman, G.; Hardinh, KG. Exploring the use of an alginate dressing for diabetic foot ulcers. J Wound Care 2001; 10(3): 81 – 4 (Abstract).

6. International working group on the diabetic foot. International consensus on the diabetic foot. Madrid, 2001: 48 – 54.

7. Lázaro Ochaita, P.; Longo Imedio, I. Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas. Piel 2001; 213 – 219.

8. Varea, S.; Oro, C.; Bronchales, J.; Sapena, M.J.; Povenda, C.; Maranchón, F. et al. Apósitos oclusivos en la curación de úlceras por decúbito. Revista Rol de Enfermería. 1988;124: 39 – 42.

9. Roselló Ruiz, A. Caso clínico sobre la utilización combinada de dos apósitos que favorecen la cura húmeda en el tratamiento de una úlcera diabética de larga evolución. Revista Rol de Enfermería. 1998; 242(Supl.): 9 – 12.

10. García Rey, J.; Magallón Pedrera, I. Apósitos hidrocoloides: tratamiento de heridas mediante cura oclusiva e semioclusiva. Revista rol de Enfermería 1995; 197: 83 – 88.

11. Torra Bou, J.E.; Cortés Borra, A; Manresa Domínguez, J.M. Evaluación experimental “in vitro” de las capacidades de absorción e control del exudado de tres apósitos de cura en ambien-

te húmedo. Revista Rol de Enfermería 1998; 242(Supl.): 2 – 8.

12. Jurado Hernández, R. Evaluación clínica multicéntrica de un nuevo apósito hidropolimérico. Metas de Enfermería 2002; 46: 12 – 19.

13. García Collado, F.; Salvador Morán, M.J.; Román García, M.J. Tratamiento de las lesiones cutáneas combinado apósitos de hidrofibra e hidrocoloide extrafino. Revista de Enfermería 2002; 25(2): 130 – 134.

14. Legarra Muruzaba, S.; Vidallach Ribes, M.S.; Esteban Gonzalo, M. Evaluación no comparativa de un nuevo apósito de hidrofibra en el tratamiento de las úlceras vasculares. Revista Rol de Enfermería, 1997; 231: 59 – 63.

Dr. Ivo Brochado – Podologista

ivo.brochado@gmail.com

www.ivobrochado.com

- *Responsável por várias formações sobre “Pé Diabético” em Centros de Saúde e Hospitais do sul de Portugal;*
- *Podologista responsável pela abertura da consulta de pé diabético - tratamento e prevenção numa associação de diabéticos no Algarve;*
- *Estagiário na equipe do Hospital Geral de Santo António, no Serviço de Endocrinologia do Pé Diabético;*
- *Curso de Cirurgia Ungueal pela Universidade Autônoma de Barcelona – Fundação Universitária de Bages*

Visite nosso Shop Virtual
www.shop.mercobeauty.com

Esguince del Tobillo

Podologo Jorge Arturo González Leija. México.

Resumen

El esguince del tobillo es una patología aguda muy frecuente en el mundo deportivo y cotidiano, siendo esta tan frecuente es importante que el podólogo general tenga a su alcance la información básica de cómo atender y manejar en este tipo de lesión de una forma precisa utilizando técnicas y tratamientos adecuados para el esguince del tobillo.

Utilizando tratamientos básicos pero efectivos así como, tratamientos farmacológicos y de rehabilitación, ayudados siempre de una vuela evaluación y diagnostico antes de instaurar cualquier tratamiento.

Palabras Claves: Esguince del tobillo, Rehabilitación tobillo, Pie

Introducción

El esguince del tobillo una patología muy frecuente en el mundo deportivo y en el mundo cotidiano, además de tener una prevalencia alrededor del 45% en deportes de alto riesgo como el basquetbol, soccer, etc.

Y generalmente es el ligamentos peronéastragalino (LPAA) el que más se lesiona, seguido del ligamento peroneocalcaneo (LPC) y posteriormente ligamento peronéastragalino posterior (LPAP), los esguinces del tobillo por lo general son del lado externo con un porcentaje alrededor del 75%, 4% son internos y el 16% son sin-desmosis y se cree que el 78% de los esguinces ocurrió en un tobillo lesiona.

Los esguinces del tobillo (interno) son generados por una inversión forzada (foto 1 Inversión del Pie) con una flexión plantar excesiva sobre pasando los limites provocando a su vez una hiperextencion de los ligamentos dejando a estos lesionados y pudiendo clasificarlos en 3 etapas.

Según el grado de la lesión.

Clasificación del los Esguinces del Tobillo:

Estapa 1 (Leve)

Elongación de los ligamentos:



Foto 1: Inversión del pie

Existe una hiperextencion de los ligamentos con muy poca o nula ruptura de las fibras de los ligamentos, con ligera inflamación y/o dolor, pero que generalmente la persona puede continuar sin ningún problema sus actividades diaria o deportivas. (Afectando principalmente al ligamentos peroneoastragalino Anterior, LPAA)

Estapa 2 (Moderado)

Ruptura parcial de los ligamentos:

Existe ya una ruptura parcial de los ligamentos ya descritos que provoca dolor (moderado), inflamación con edema, con limitación parcial de la función y del movimiento y el paciente refiere dolor al caminar o al apoyar teniendo que ser auxiliado para su deambulación. (Afectando principalmente al ligamentos peronéastragalino Anterior, LPAA y al Ligamentos Peroneocalcaneo LPC).

Estapa 3 (Grave)

Ruptura total de los ligamentos:

En este grado ya existe una ruptura completa de alguno si no es que de los 3 ligamentos dejando comprometida la deambulación del paciente. Existe mucho dolor, mucho edema, hemartrosis, el paciente no puede apoyar ni deambular y en todos los casos tendrá que ser auxiliado en camilla.

(Afectando principalmente al ligamentos peronéastragalino Anterior, LPAA y al Ligamentos peroneocalcaneo LPC y al ligamento peronéastragalino posterior).

Además de estos tres grados podemos decir que existen al menos otros 2 que son incluidos dentro de esta lesión y que son frecuentes, hablamos de la inestabilidad crónica del tobillo y de la luxación del tobillo.

Inestabilidad crónica del tobillo (ICT):

Esta es una patología frecuente por un mal tratamiento del tobillo y que con lleva a este problema además que será favorecido por factores intrínsecos (el pie plano, laxitud ligamentosa, etc.) y los factores extrínsecos (el mal calentamiento y el calzado inapropiado).

Podemos clasificar la ICT en forma lateral o medial y multidireccional y para detectarla es importante la realización de pruebas como el bostezo y cajón

Luxación del tobillo:

Siendo esta una lesión de carácter FUERTE es importante decir que su inmovilización con alguna férula, la aplicación de algún vendaje provisional y la aplicación de hielos además de una pronta movilización para el traslado del paciente puede ayudar mucho en este tipo de problemas.

Nota:

Siendo la luxación una alteración de la articulación

del tobillo y que esta no corresponde a un esguince, podemos decir que es importante poder manejar este tipo de pacientes y saber su manejo para su pronta referencia a un área de traumatología para su atención , evaluación y tratamiento que sea pertinente para este tipo de casos.

Diagnostico

Es importante realizar una buena historia clínica con una exploración buena del tobillo, asi como un interrogatorio enfocado en como se produjo la lesión, donde, que sintió, pudo continuar con la actividad, entre otras.

Teniendo este podemos aplicar la Regla de Ottawa (Foto 2 Regla de Ottawa) para descartar si es un esguince u otra cosa. (Utilizada para descartar la utilización de radiografía)

Es importante en cualquier caso pedir unas radiografías con las proyecciones anteroposteriores y lateral del tobillo para descartar cualquier fractura que simule o aparente ser un simple esguince del tobillo. (Podemos decir que si fuera un esguince no aparecería nada relevante en la radiografía pero es mucho mejor descartar alguna pequeña fractura o fisura de dicha articulación)

Cuando detectamos una inestabilidad del tobillo es importante solicitar los estudios bajo estrés (inversión o eversión) para detectar algún bostezo o en algunos otros casos la utilización de ultrasonido o IRM , que como sabemos la IRM

Cara lateral

Borde posterior o punta del maléolo lateral

6 cm

Zona maleolar

Zona del medio pie □

Base 5.º metatarsiano

Cara medial

Borde posterior o punta del maléolo medial

6 cm

Hueso navicular o escafoides

A) Radiografía de tobillo si existe dolor en zona maleolar y alguna de las condiciones siguientes:

1. Dolor a la palpación de los 6 cm distales del borde posterior o punta del maléolo lateral.
2. Dolor a la palpación de los 6 cm distales del borde posterior o punta del maléolo medial.
3. Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias.

B) Radiografía de pie si existe dolor en medio pie y alguna de las condiciones siguientes:

1. Dolor a la palpación de base del 5.º metatarsiano.
2. Dolor a la palpación del hueso navicular.
3. Incapacidad para mantener el peso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias.

Foto 2 Regla de Ottawa



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

tiene mayor ventaja por su sensibilidad para las anomalías.

Tratamiento

Tratamiento Inicial

El tratamiento inicial (momento de la lesión) y que a resultado efectivo como tratamiento definitivo en esguinces leves será el H.I.C.E.R.

- H I = Hielo
Compresa Fría, Aplicándolo durante 15min.
- C = Compresión
Vendaje Compresivo, de preferencia venda elástica
- E = Elevación
Por arriba del corazón para favorecer el retorno venoso
- R = Reposo
Parar las Actividades para prevenir una lesión mucho mas fuerte

Puede ser utilizado durante las primeras 72 horas. Sin ningún tipo de problema.

Ayudando en muchos de los casos a reducir y evitar el desarrollo del esguince a un grado mayor. Y que en la mayoría de los casos puede ser aplicado en cualquier lugar sin tener efectos secundarios en la mayoría de los pacientes.

Tratamiento farmacológico

Se podrá complementar con algún tratamiento farmacológico para la disminución de los signos y síntomas de dicha patología.

El tratamiento farmacológico adecuado dependerá de las circunstancias de los pacientes, de sus alergias, contraindicaciones con otros medicamentos, tolerancia, edad, etc. Tendrá que ser evaluado por un médico para este tratamiento. Pero los más utilizados llegan a ser diclofenaco, paracetamol, ibuprofeno, etofenamato en general cualquier medicamento de la familia AINES.

El tiempo de uso de alguno de los AINES dependerá del tipo de lesión, evolución, estado general del paciente.

Tratamiento Físico (Rehabilitación Física)

En este apartado podemos utilizar muchos aparatos como lo son el ultrasonido, T.E.N.S,

laserterapia, crioterapia, termoterapia, aplicación de vendajes, hidroterapia y ejercicios de fortalecimiento o de propiocepción.

Cada uno de los aparatos tiene como finalidad disminuir el estado actual de la patología como por ejemplo: Ultrasonido, ayudando a disminuir el edema con el efecto que provoca en el cuerpo, T.E.N.S. el disminuir el dolor, etc.

En los ejercicios podemos tener 2 grupos

1. Ejercicios de Fortalecimientos. (isométricos y isotónicos)

Tienen como objetivo retomar la fuerza que sea perdido en el tobillo

2. Ejercicios Propioceptivos

Restablecer el sistema propioceptivo del tobillo (es muy utilizada la tabla de Freeman en este tipo de casos) (Foto 3 Tabla Freeman)



Foto 3 Tela Freeman

Deberá de ser un programa adecuado según las características de la lesión y del paciente, además que deberá iniciar de una forma progresiva y todo momento estar vigilando las posibles molestias al realizar algún ejercicio en específico ya que esto podría agravar más la lesión.

En los vendajes existen diferentes técnicas que podemos aplicar y utilizar según el estado actual del paciente.

Vendaje con Tape (Rígido)

El vendaje con tape nos ayudara a inhibir el movimiento doloroso dejando los demás planos libres, útil en deportistas ya que a si puede dejar

descansar el ligamento lesionado sin tener que parar 100% sus actividades.

Vendaje Elástico

Utilizado principalmente al inicio del tratamiento, pero que también puede ser utilizado como una forma de protección y para que el deportista o la persona pueda sentirse con alguna protección extra en el tobillo lastimado en los primeros días al ser dado de alta.

Vendaje con Kinesiotaping

Lo podemos utilizar combinado con alguna férula o vendaje con tape, para la disminución del edema.

En cada técnica existen diferentes tipos de vendajes que deberán ser aplicados por el personal calificado y el elegirá la forma del vendaje adecuado según el caso.

Discusión

Es importante que el podólogo sepa y pueda manejar estas patologías sin ningún problema y

en casos mayores saber como actuar y poder derivarlo a un area de traumatología (si asi lo requiere el paciente) además de poder proporcionar un tratamiento adecuado, completo y personalizado según las características del paciente.

La una pronta y buena recuperación de este tipo de lesión y evitar complicaciones que como sabemos serán mucho mas difícil de llevar.

Bibliografía

Moreno de la Fuente, José L. 2006. Podología Física, España, Elsevier

Moreno del a Fuente, José L. 2005. Podología Deportiva, España, Elsevier

Hinrichs, Hans U. 1999. Lesiones Deportivas, España, Segunda Edición, Hispano Europea

Podólogo Jorge Arturo González Leija

Nuevo León, México.

Correo: Jorge.agl@hotmail.com

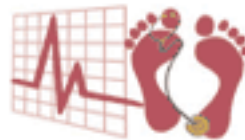
Pagina Web: www.podologia.mex.tl

Eventos 2012



Curso de Avaliação e Confecção de Palmilhas
1a fase 14 a 16 Janeiro 2012 Prof. Pdgo. Israel de Toledo

Curso Prático Intensivo de Veracruz
Formação em Serviço 2012 México
VIII CURSO 30 Jan. ao 4 Fev.



SAN ELIAN
CENTRO DE PREVENCIÓN Y
SALVAMENTO DE PIE DIABÉTICO

25 a 27 de Março

**II JORNADA DE PODOLOGIA
DO RIO GRANDE DO NORTE**

Natal
Rio Grande do Norte
Brasil

XII Curso Teórico e Prático de Prevenção e Orientação ao Pé Diabético

Início: 26/03/2012

Informações: (41) 3312 5478
Curitiba - Paraná

PRÓ-RENAL
BRASIL 2012
COM VOCÊ, FAZEMOS MAIS PELA VIDA



15 de Abril 2012 - San Isidro - Buenos Aires - Argentina
7ª Jornada de Podologia del Hospital Central de San Isidro
3ª Jornada de Podologia - Los pies sobre la tierra

Mas info, visite www.revistapodologia.com

Osteocondrosis del Hueso Escafoides: Enfermedad de Kohler

Dr Daniel Wywiorsky. *Australia.*

La osteocondrosis se define como una alteración ósea que afecta la madurez del esqueleto, pudiendo ocurrir en muchas partes del cuerpo.

Son ejemplos de osteocondrosis localizada en el pie, la Enfermedad de Kohler, la Enfermedad de Freiberg y la Enfermedad de Sever.

La osteocondrosis del hueso navicular o Enfermedad de Kohler, se inicia a partir de una degeneración o necrosis ósea, seguida de la recalcificación (Dorland's pocket medical dictionary, 1995. P.96).

En el caso de la osteocondrosis del hueso navicular o escafoides, se verifica la existencia de esclerosis y fragmentación del hueso, tornándolo eventualmente achatado, en forma de un disco (visible en RX). Con esta alteración, podrá resultar un hueso navicular con presentación de su morfología original, o una morfología deformada (Brower, 1983, p. 103).

Esta apariencia anormal del hueso navicular fue por la primera vez descripta por Alban Kohler en 1908, atribuyendo el nombre a la enfermedad – Enfermedad de Kohler (Stanton, Karlin and Scurran, 1992, p.625; Sinclair, Uhlman, and Zeichner, 1981, p.78).

Esta enfermedad es diagnosticable por señales clínicas y radiológicas, ocurriendo en niños con aproximadamente 4,5 años de edad, aunque el intervalo y la significancia de edad exacta sea discutible en la literatura.

Edad del comienzo de la enfermedad

Speed (1927, p. 179) reporta un entre tiempo de 2-10 años con una media de 3; Waugh (1958, p. 765) reporta una media de 5 años; Kiner y Muro (1924, p. 1650) reportan un intervalo entre 5-8 años; en cuanto Tachdjian (1972, p. 404) refiere una media de 5 años para el sexo masculino y 4 años para el sexo femenino.

Karp (1937, p.84), sugiere una relación de ocurrencia en la enfermedad entre jóvenes y mujeres de 6: 1 y una media de edad de 55 meses (o aproximadamente 4,5 años de edad). Normalmente, solo un pie es afectado. Los casos bilaterales, representan 15-20% de los niños estudiados (Williams y Cowell, 1981, p.53).



Desenvolvimiento del hueso navicular

El hueso navicular puede ser visualizado en película de RX, entre los 18 a los 24 meses en mujeres, y entre los 30 y los 36 meses en hombres, lo que corresponde al tiempo del desenvolvimiento normal del núcleo de osificación del hueso navicular (Stanton, Karlin y Scurran, 1992, p.625; Sinclair, Uhlman, y Zeichner, 1981, p.79).

La morfología y la densidad del hueso navicular están directamente relacionadas con el tiempo de inicio de su visibilidad en la película del RX, un escafoides que se presenta visible dentro

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

del intervalo de edad normal (mencionado anteriormente), es probable que se evidencie con una delimitación suave y con una densidad uniforme.

Esta evidencia no se aplica cuando el hueso navicular se presenta visible en una fase más tardía, siendo que el mismo se expone con una delimitación irregular, aumento de la densidad y muchas veces fragmentado o aplanado. El hueso navicular que se desenvuelve más tarde, presenta característica compatible con la Enfermedad de Kohler (Karp, 1937, p.84; Sinclair, Ulman, y Zeichner, 1981, p.79).

La vascularización del hueso navicular es formada por una densa red de arterias que atraviesan el hueso de una forma circular y radial, o sea, a partir de una circunferencia en dirección al centro del hueso navicular. Anatómicamente, existen en norma, una sola arteria y vena que son responsables por la vascularización del núcleo del hueso navicular, en cuanto que muchas de las otras arterias contribuyen parcialmente para su vascularización, como una red anastemótica (Waugh, 1958, p.765).

El hueso navicular osifica a partir de un único centro de osificación en aproximadamente 63% de los casos, y a partir de múltiples centros de osificación en 37% de los casos. Los huesos naviculares que surgen más tarde, tienen propensión a osificar a partir de múltiples núcleos de osificación.

Como resultado de esta sobre-posición de los muchos centros de osificación, el hueso navicular produce una falsa percepción de un aumento de la densidad ósea. Efectivamente, un hueso navicular de forma irregular y con una apariencia esclerótica puede surgir en un pie perfectamente asintomático, lo que no garante la presencia de la Enfermedad de Kohler (Ferguson y Gingrich, 1957, p.87).

El hueso navicular con múltiples centros de osificación se torna visible en RX mucho más tarde de lo que un hueso navicular con un tiempo de desenvolvimiento normal. El hueso navicular con múltiples centros de osificación surge en media a los 39 meses en mujeres y a los 52 meses en hombres (Stanton, Karlin y Scurran, 1992, p.625).

En general, se puede decir que la osificación del hueso navicular ocurre más tardíamente en hombres que en mujeres. Anomalías en el hueso navicular son más frecuentes en naviculares que surgen más tardíamente, entonces, las irregularidades de osificación son verificadas con menos

frecuencia en mujeres de lo que en hombres (Stanton, Karlin y Scurran, 1992, p.625).

Que causa la enfermedad de Kohler?

La causa exacta de la Enfermedad de Kohler es todavía desconocida y sujeta a debate. Los hombres, parecen estar más afectados que las mujeres. Una historia familiar de Enfermedad de Kohler fue demostrada en algunos casos (aproximadamente 22% de los casos – Sinclair, Uhlman, y Zeichner, 1981, p.79). Otros autores sugieren que la enfermedad pueda estar relacionada con X – recesivo (Brown y Shaw, 1973, p.864), en cuanto que otros autores refieren no tener ninguna conexión familiar (Williams y Cowell, 1957, p.87).

La teoría propuesta más común relativamente a la etiología de la Enfermedad de Kohler, se prende con aspectos relacionados con traumatismos directos y/o disturbios vasculares. Otros factores posiblemente relacionados, incluyen alteraciones de la función hipofisaria, timo, o glándulas de la tiroides, similares a las lesiones óseas que ocurren en las epífisis, como por ejemplo, en la Enfermedad de la Osgood-Schlatter (Cabeza del tubérculo de la tibia), y en la Enfermedad de Legg- Calvé-Perthes (cabeza del fémur). La ocurrencia de la Enfermedad de Kohler, no está relacionada con el tipo de pie, o sea, todos los tipos de pies son afectados (Sinclair, Uhlman y Zeichner, 1981, p.79; Williams e Cowell, 1957, p.87).

Otras causas, pero menos aceptas, incluyen: infecciones agudas o factores inflamatorios, desequilibrios, endocrinos, factores nutricionales, sífilis, ricketsias y tuberculosis (Sinclair, Uhlman y Zeichner, 1981, p.79).

Disturbios Vasculares

En mediados de 1920, (Kidner y Muro, 1924, p.1650) se sugería que una infección idiopática de baja patogenicidad fuera responsable por la alteración de la capacidad de producción del hueso navicular, por afectación de la arteria responsable por la nutrición del hueso navicular (Arteria nutricia). Esta teoría fue basada en el hecho de pensarse que el hueso navicular posee una sola arteria (Arteria nutricia), lo que en la realidad no ocurre.

Por vuelta de los cinco años de edad, el hueso navicular tiene aproximadamente cinco o seis arterias que contribuyen para su vascularización. Muy raramente, el hueso navicular es vascularizado por una sola arteria plantar o dorsal (Waugh, 1958, p. 765). Relacionar una infección de baja patogenicidad a la etiología de la

Enfermedad de Kohler (Phemister, Brunschwing y Day, 1930, p.995) fue también refutada por (Waughm, 1958, p.765; Sinclair, Uhlman y Zeichner, 1981, p.79).

Traumatismos

Aunque algunos autores refieren la etiología traumática, como una característica primaria de la Enfermedad de Kohler (Karp, 1937, p. 84; Kidner y Muro, 1924, p.1650), otros autores refieren que no existen pruebas de esta teoría. (Karp, 1937, p.84), sin embargo, Karp hace referencia a un histórico traumático en 35% de 45 casos estudiados.

Factores genéticos

Brown e Shaw (1973, p.864), atribuyen a la Enfermedad de Kohler una relación con factores genéticos, probablemente con el cromosoma X. Brown y Shaw, detectaron una ligación al cromosoma X – recesivo en una familia en particular (Sinclair, Uhlman y Zeichner, 1981, p.79). Waugh (1958, p.765), propuso una teoría que afirma que a partir de un determinado momento, el cartílago que circunscribe el núcleo del hueso navicular, pierde su habilidad protectora, a través de un factor genético pre determinado.

Es en este momento, que el núcleo del hueso navicular, es sujeto al stress traumático durante los periodos de carga, especialmente, en niños con exceso de peso. Se piensa que el desenvolvimiento normal del núcleo del hueso navicular ocurre entre los 18 meses y los 2 años en mujeres y entre los 2.5 y los 3 años en hombres (Sinclair, Uhlman y Zeichner, 1981, p.79).

Síntomas y señales clínicos

Al evaluar el paciente, generalmente se verifica una caminata antiálgica, (en la tentativa de protección del pie afectad). En asociación, se verifica eritema, hipersensibilidad, hiperemia y edema al redor del hueso navicular, sin embargo este edema no sea una característica obligatoria.

Se encuentra igualmente presente, un buen movimiento articular de la articulación sub-astragalina y de la articulación de chopart (movimiento pasivo), sin crepitación concomitante. La sintomatología más evidente es la presencia del dolor responsable por alertar al paciente para el potencial problema.

El dolor es gradual, unilateral y confinado a la región del hueso navicular (zona medial y dorsal del pie), con variación de niveles del dolor, después de la palpación directa. (Sinclair,

Uhlman y Zeichner, 1981, p.79; Stanton, Karlin y Scurran, 1992, p.625; Waugh, 1958, p.765).

La mayoría de las niñas no presenta historia de la lesión traumática. La enfermedad es auto-limitada, independientemente del tratamiento efectuado, y eventualmente se resuelve por sí misma, por consiguiente, tratamiento quirúrgico no está aconsejado (Sinclair, Uhlman y Zeichner, 1981, p.79; Stanton, Karlin y Scurran, 1992, p.626).

Es importante diferenciar la Enfermedad de Kohler de la versión adulta de osteocondrosis del hueso navicular. En adultos, la ruta de la enfermedad es crónica, conduciendo para una deformidad progresiva y latiasse (formación de cálculos) (Dorland's pocket medical dictionary, 1995, p.462) del hueso navicular. La enfermedad de Kohler también debe ser diferenciada de otras patologías tales como, trauma agudo, estiramientos, tuberculosis, sífilis, osteomielitis sub-aguda y artritis (Sinclair, Uhlman y Zeichner, 1981, p.80).



Examen radiológico

La enfermedad de Kohler presenta dos presentaciones radiológicas diferentes:

- La primera, la considerada más común, envuelve la presencia de una variedad de vasos en el núcleo del hueso navicular, confirmando a este hueso una apariencia aplastada (forma en disco), esclerótica, forma irregular y evidenciando áreas de densidad aumentada (el hueso navicular presenta más blanco que lo normal). Después de aproximadamente 24 meses, el hueso navicular retorna a su forma normal, pudiendo estar ligeramente más aplastado que lo original.

- En la segunda presentación, el núcleo del hueso navicular es atravesado por un único vaso. En esta presentación, el núcleo eventualmente desaparece, presentando un aumento de la densidad inicial. La forma y el contorno del hueso navicular son normales, con un aumento general de la densidad del hueso. Ocurre reabsorción sea, con eventual reformación a partir de los múltiples centros de osificación (Sinclair, Uhlman y Zeichner, 1981, p.79; Waugh, 1958, p. 765).



Tratamiento

Como fue mencionado anteriormente, la Enfermedad de Kohler es auto-limitada. Como un pronóstico de la enfermedad a largo plazo es favorable o sea, se verifica el retorno de la apariencia radiológica normal del pie (cafey, 1972, pp.

1167-1169; Kidner y Muro, 1924, p. 1650; Brown y Shaw, 1973, p.864; Stanton, Karlin y Scurran, p.625; y Brown, 1983, p.103), el tratamiento solo debe ser administrado cuando la patología presenta sintomatología suficientemente exuberante, en que el paciente manifiesta una caminata anti-algica y quejas de dolor (Sinclair, Uhlman y Zeichner, 1981, p.79-80).

Existe además, una diferencia en el tiempo de recuperación del enfermo, dependiendo de la modalidad del tratamiento usado. Karp (1937, p.84) afirma que pacientes tratados con inmovilizaciones en yeso debajo de la rodilla (ambos en carga y en descarga) recuperan completamente en aproximadamente 3.2 meses; niños tratados con otros métodos, sin ser con inmovilizaciones en yeso, recuperaron en 15.2 meses; y niños que se mantuvieron inmovilizados debajo de la rodilla en un periodo mínimo de 2 meses recuperan completamente en 2.5 meses. El tipo de inmovilización en yeso (en carga y en descarga) parece no hacer diferencia en el aliviar de los síntomas.

Tratamientos de movilidades usuales son explicadas por Tachdijan y Papas (1972, p.408) incluyen inmovilizaciones en yeso, debajo de la rodilla en descarga, seguida por inmovilizaciones con yeso, debajo de la rodilla, en carga entre 3 a 5 semanas con 10 a 20 grados en posición equina. Otros planos de tratamiento incluyen alivio de la presión del borde medial del pie; taloneras de Thomas; ligaduras; y terapia con calor. (Sinclair, Uhlman y Zeichner, 1981, p.80).

Sumario

La Enfermedad de Kohler es una osteocondrosis del hueso navicular, recurrente en niños con edades entendidas entre los 4 y los 5 años de edad. El síntoma más evidente es caracterizado por dolor en el pie, normalmente circundante al hueso navicular, aunque sea posible que el dolor alcance huesos circundantes así como también pueda irradiar para otras áreas. Exámenes radiológicos deben ser realizados de manera a descartar otras patologías.

Se tiene que tener en cuenta que esta patología es esencialmente auto-limitada e independientemente del tratamiento a ser seguido, la patología acabara por desaparecer. El tratamiento debe tener énfasis en el confort del paciente y en la reducción del dolor.

Bibliografía

Osteochondrosis. 1995. Dorland s pocket dictionary (25th ed.). W.B. Saunders Company, Sydney. p.96.

Brower, A.C., 1983. The osteochondroses. The Orthopaedic Clinics of North America, 14 (1), pp.103-104.

Stanton, B.K., Karlin, J.M. and Scurran, B.L. 1992 Kohler s disease. Journal of the American Podiatric Medical Association, 82 (12), pp.625-629.

Sinclair, G.G., Uhlman, R.E. and Zeichner, A.M. 1981. Osteochondrosis of the tarsal navicular bone: Kohler s disease. Journal of American Podiatric Association, 71 (2), pp.77-80.

Speed, K: 1929. Kohler s disease of tarsal scaphoid. Transcripts of the American Surgical Association, 45, p.179.

Waugh, W. 1958. The ossification and vascularisation of the tarsal navicular and their relation to Kohler s disease. Journal of Bone and Joint Surgery, 40 (B), p.765.

Kidner, F.C. and Muro, F. 1924. Kohler s disease of the tarsal scaphoid, or os naviculare pedis retardatum. Journal of the American Podiatric Medical Association, 83, p.1650.

Tachdjian, M.O. 1972. Pediatric orthopaedics (vol. 1). W.B. Saunders Co, Philadelphia. pp.406-408.

Karp, M.G. 1937. Kohler s disease of the tarsal

scaphoid: an end-result study. Journal of Bone and Joint Surgery, 19, p.84.

Williams, G.A. and Cowell, H.R: 1981. Kohler s disease of the tarsal navicular. Clinical Orthopaedics, 158, p.53.

Ferguson, A.B. and Gingrich, R.M. 1957. The normal and abnormal calcaneal apophysis and tarsal. Clinical Orthopaedics, 10, p.87.

Brown, I.D. and Shaw, D.G. 1973. Multiple osteochondroses of the in West Indian family. Journal of Bone and Joint Surgery, 55 (B), p.864.

Phemister, D.B, Brunschwing, A. and Day, L. 1930. Streptococcal infection of the epiphyses and short bones. Their relation to Kohler s disease of the tarsal navicular, Legg-Perthes disease and keinbock s disease of the os lunatum. Journal of the American Medical Association, 95, p.995.

Lithiasis. 1995. Dorland s pocket medical dictionary (25th ed). W.B. Saunders Company., Sydney. p.462. Cafey, J. 1972. Pediatric x-ray diagnosis (6th ed). Year Book Medical Publishers, Chicago., pp.1167-1169.

Radiological findings of Osteochondrosis [Online] <http://www.health.latrobe.edu.au/Schools/POD/Radiology/osteochondrosis.html>

Eventos 2012

Curso Prático Intensivo de Veracruz
Formação em Serviço 2012 México
IX CURSO 23 ao 28 Abril



SAN ELIAN
CENTRO DE PREVENCIÓN Y
SALVAMENTO DE PIE DIABÉTICO

TheBeauty

28 a 30 de abril de 2012
Serra Park - Centro de Feiras e Eventos
Gramado - RS - Brasil



8º ENCONTRO DAS ESTRELAS NA PODOLOGIA
6 e 7 de Maio 2012 São Paulo - Brasil

5ª Edição

Look & Hair
PROFESSIONAL NOITE

Cabelos - Unhas - Estética - Maquiagem - Podologia

16 a 18 de Junho 2012 - Belém - PA

Hangar Centro de Convenções

PROFESSIONAL
fair
FEIRA PROFISSIONAL DE BELEZA

16 A 18
JUNHO / 2012

SÁBADO 16. 13 às 20h
DOMINGO 17. 10 às 20h
SEGUNDA 18. 10 às 20h

EXPOMINAS . BELO HORIZONTE . MG

fair
CONGRESSO DE
PODOLOGIA

Exp Hair
& Esthetic

8-9 julho
2012

8ª Feira da Beleza
do Interior Paulista
Ribeirão Preto - SP

Mas info, visite www.revistapodologia.com

Técnica de Onicocriptosis: Basas A-B

Antonio Basas Encinas - DP, Bernardino Basas García - DP, María del Carmen Basas García - DP, Antonio Basas García - Lic. Podología. España.

Resumen

Con este artículo, pretendemos dar a conocer una nueva técnica para solucionar la onicocriptosis, mediante la infiltración de Bleomicina por medio del Dermo-jet. Técnica que hemos desarrollado a lo largo de los años con excelentes resultados y escasos efectos adversos.

Palabras Claves

Onicocriptosis, Bleomicina, Dermo-jet.

Introducción

La bleomicina es un antibiótico glucopeptídico constituido por polipéptidos extraídos de cepas del *Streptomyces Verticillus*.

La composición es Sulfato de Bleomicina por vial liofilizado y suero fisiológico en ampolla disolvente.

Indicaciones: procesos neoplásicos, tumores, papilomas.

Efectos secundarios de la Bleomicina: reacciones hipertérmicas, estomatitis, náuseas, vómitos, alopecia y reacciones cutáneas que ceden con la supresión del tratamiento.

La toxicidad pulmonar (fibrosis pulmonar) tiene lugar en un 10% de los pacientes tratados con más de 400 unidades de Bleomicina como dosis total. Esta toxicidad es dosisdependiente y aparece con más frecuencia en pacientes con más de 70 años.

Otro efecto secundario no descrito y que hemos podido constatar, es la onicolisis, efecto que observamos en algunos pacientes tratados con grandes dosis de Bleomicina o que esta ha sido aplicada en zonas cercanas a las uñas (1), situación que nos hizo pensar y llevar a la práctica nuestra técnica.

Reacción Idiosincrásica: en el 1% de los pacientes con linfoma, se ha presentado un tipo de reacción idiosincrásica similar a la de algunas horas, ocurriendo siempre después de la 1ª o 2ª dosis, presentando hipotensión, confusión mental, fiebre, escalofríos y disnea.

Precauciones: la bleomicina debe usarse con precaución en pacientes de más de 70 años que tengan disminuida su función respiratoria. Asegurar la seguridad del preparado en mujeres

embarazadas no se ha establecido. En los pacientes con linfoma no pasar de dos unidades en las dos primeras dosis, si no ocurre reacción anafiláctica, aplicar la dosificación normal.

Contraindicaciones: no administrar a pacientes que hayan demostrado hipersensibilidad o reacción idiosincrásica a la bleomicina.

Incompatibilidades: La bleomicina no se debe emplear con aminoácidos, aminofilina, ácido ascórbico, dexametasona, furosemide, y riboflavina.

Compatibilidades: con suero fisiológico, suero glucosado y dextrosa 5%.

No se han descrito interacciones.

Dosificación: la posología media es de 15 unidades una o dos veces por semana hasta una dosis de 300 unidades (esto para procesos neoplásicos y tumorales). En papilomas inyectar 0,1 ml en cada lesión. En onicocriptosis de 0,1 a 0,2 dependiendo del trozo de matriz a eliminar.

Modo de empleo: vía intramuscular, intravenosa, perfusión endovenosa continua, intraarterial, locorregional y en infiltraciones locales. Para los papilomas vía intralesional e intravenosa. Para onicocriptosis, infiltración local.

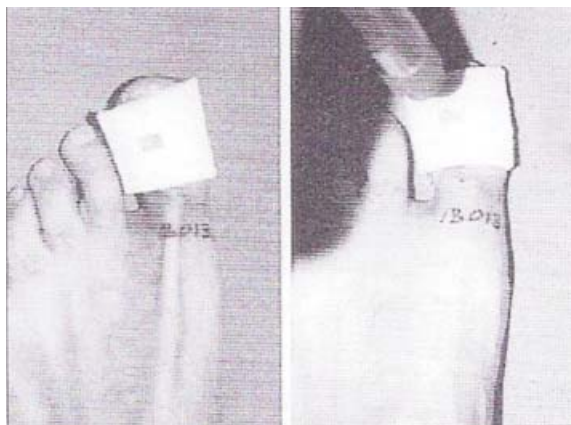
Como podemos observar, las dosis utilizadas son ínfimas, y los efectos secundarios son dosisdependiente.

Intoxicación y su tratamiento: en caso de reacción aguda idiosincrásica se suspenderá la medicación y se procederá a su tratamiento sintomático con sustitutos del plasma de alto peso molecular, agentes vasopresores, anti-histamínicos, y corticosteroides.

Condiciones de conservación: se recomienda conservar con el envase cerrado y en lugar fresco, entre 3 y 8 grados. (2)

Realización de la técnica

- Asepsia del dedo.
- Exploración del canal ungueal con una gubia.
- Extracción de la espícula incarnada con cizalla quirúrgica. (3)
- Protección de la zona dorsal de la falange dis-



tal del dedo con fieltro adhesivo y con una ventana en la zona de la matriz a intervenir.

- Uno o dos disparos en la zona de la matriz a eliminar, dependiendo de la cantidad de matriz a extirpar, con Dermo-jet cargando de bleomicina. (8-9)
- Retiramos el fieltro y colocamos apósito para aplicar posteriormente povidona yodada y colocación de nuevo apósito.

A los cuatro días de la intervención nueva cura en la que observamos un pequeño absceso que desbridamos y curamos con pomada antibiótica. El paciente se realizará las curas con la misma pomada durante seis días, momento en el cual realizamos curas secas diarias hasta su total normalización (10-15 días).

Al mes mas o menos observamos una normalización absoluta, y en muchos casos vemos que el crecimiento de la uña se ha interrumpido en la zona de la matriz infiltrada, no volviendo a crecer en esa zona.

Estadística

- 193 pacientes intervenidos.
- 9 Recidivas.
- 5 de las recidiva en pacientes con gran granuloma.
- 95,5 de efectividad.
- 4,5 de fracasos.

Conclusión

Consideramos la técnica A-B Basas para la

eliminación de onicocriptosis, como un procedimiento de resultados satisfactorios y con pocos efectos adversos, en la eliminación de uñas incarnadas. Desde el primer momento las molestias desaparecen, la resolución del proceso es corta, menos agresiva y menos traumática que otro tipo de intervención.

En vista de los resultados, esta técnica no debe realizarse en pacientes con mamelones o granulomas excesivamente grandes.

Bernardino Basas Garcia, DP - Espanha
bernabasgar@hotmail.com

Bibliografía

- 1- Bibliografía aportada por Laboratorios Almirall.
- 2- Apuntes personales de Antonio Basas Encinas sobre la Bleomicina.
- 3- La Bleomicina intralesional en el tratamiento de verrugas. Ronald M. Breumer. Saskatoon (Canadá)
- 4- Experiencias en el ttº de verrugas plantares con Bleomicina por medio del Dermo-jet. José Mª Bernadó i Bondia. Centro terapéutico de Barcelona.
- 5- Tratamiento de las verrugas con Bleomicina. American Acadamey of Dermatology.
- 6- American Society of Hospital Pharmacists A.S.H.P. "Safe handling of citotoxic drugs" 1986.
- 7- American SOciety of Health. System Pharmacists 2003.
- 8- Verrugas vulgares y Bleomicina. Comunicação de 10 casos. Ramirez O. Med. Cutan. Ibero. Lat. Americana.
- 9- Comisión Central de Salud Laboral. Insalud " Borradores de recomendaciones para la manipulación de medicamentos citotoxicos " Madrid 1995.
- 10- Ministerio de Sanidad y Consumo. " Información de medicamentos para el profesional sanitario " 141 Edición 1992. USP
- 11- Díaz M., Jiménez N. "Aproximación al manejo de medicamentos citostáticos inyectables en hospitales españoles." 1987
- 12- R. Cobos Campos, P Salvador Collado, A. Gómez Gener y Colab. Estabilidad máxima de los medicamentos termolábiles fuera de nevera.
- 13- Blenoxane. Prescribing Information. Mead Jhonson Oncology Products of Bristol. Myers Squibb Company. Abril 1999.
- 14- Bleomicina y anestesia. Revista Esp. De Anestesiología.
- 15- Bleomicina y toxicidad cutánea. Med Clin. 1984. Pedragpsa R., Barrio C. Camp L., Vidal J.
- 16- Fenómeno de Raynaud inducido por Belomicina. Rev. Med. Chilena 1988. Niklander C., Guzman L.
- 17- Tratamiento de los queloides con infiltración intralesional de Bleomicina. Jorge Coronado, Gadywym S., A. Paredes.
- 18- Inyección Intralesional de Bleomicina en el tratamiento de verrugas resistente. Leonardo Sánchez Saldaña. Revista Peruana de Dermatología.
- 19- Actuación de la terapia del papiloma virus humano Terapia con Bleomicina. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. Rev. Cuabana Med 2004.
- 20- Tratamiento del Papiloma con Bleomicina Intralesional. (Podoscopio 3ª Época Vol. I nº 13 p. 3 a 8; 1º Trimestre-2001)

SENORA, SU PROBLEMA ES UNA
UÑA ENCARNADA...

BUENO, ENTONCES, PARA ESTAR
A LA MODA, SOLUCIONELO CON UN
POCO DE BOTOX



www.revistapodologia.com

Visite nosso Shop Virtual
www.shop.mercobeauty.com

Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



Autor: **Podólogo Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez**

Temos a satisfação de colocar em suas mãos o primeiro livro traduzido para o português deste importante e reconhecido profissional espanhol, e colaborar desta forma com o avanço da podologia que é a arte de cuidar da saúde e da estética dos pés exercida pelo podólogo.

- Podólogo Diplomado em Podologia pela Universidade Complutense de Madri.
- Doutor em Medicina Podiátrica (U.S.A.)
- Podólogo Esportivo da Real Federação Espanhola de Futebol e de mais nove federações nacionais, vinte clubes, associações e escolas esportivas.
- Podólogo colaborador da NBA (liga nacional de basquete de USA).

Autor dos livros:

- Podologia Esportiva - Historia clínica, exploração e características do calçado esportivo - Podologia Esportiva no Futebol
- Exostoses gerais e calcâneo patológico - Podologia Esportiva no Futebol.

Professor de Cursos de Doutorado para Licenciados em Medicina e Cirurgia, Cursos de aperfeiçoamento em Podologia, Aulas de prática do sexto curso dos Alunos de Medicina da Universidade Complutense de Madrid e da Aula Educativa da Unidade de Educação para a Saúde do Serviço de Medicina Preventiva do Hospital Clínico San Carlos de Madri. Assistente, participante e palestrante em cursos, seminários, simpósios, jornadas, congressos e conferências sobre temas de Podologia.

Índice

Introdução - Lesões do pé

- Biomecânica do pé e do tornozelo.
- Natureza das lesões.
- Causa que ocasionam as lesões.
- Calçado esportivo.
- Fatores biomecânicos.

Capítulo 1

- Explorações específicas.
- Dessimetrias. - Formação digital.
- Formação metatarsal.

Capítulo 2

- Exploração dermatológica.
- Lesões dermatológicas.
- Feridas. - Infecção por fungos.
- Infecção por vírus (papilomas).
- Bolhas e flictenas. - Queimaduras.
- Calos e calosidades.

Capítulo 3

- Exploração articular.
- Lesões articulares.
- Artropatias. - Cistos sinoviais.
- Sinovite. - Gota.
- Entorses do tornozelo.

Capítulo 4

- Exploração muscular, ligamentosa e tendinosa.
- Breve recordação dos músculos do pé.
- Lesões dos músculos, ligamentos e tendões.
- Tendinite do Aquiles.
- Tendinite do Tibial. - Fasceite plantar.
- Lesões musculares mais comuns.
- Câimbra. - Contratura. - Alongamento.
- Ruptura fibrilar. - Ruptura muscular.
- Contusões e rupturas.
- Ruptura parcial do tendão de Aquiles.
- Ruptura total do tendão de Aquiles.

Capítulo 5

- Exploração vascular, arterial e venosa.
- Exploração. Métodos de laboratório.
- Lesões vasculares.
- Insuficiência arterial periférica.
- Obstruções. - Insuficiência venosa.
- Síndrome pós-flebítico.
- Trombo embolismo pulmonar.
- Úlceras das extremidades inferiores.
- Úlceras arteriais. - Úlceras venosas.
- Varizes. - Tromboflebite.

Capítulo 6

- Exploração neurológica.
- Lesões neurológicas.
- Neuroma de Morton. - Ciática.

Capítulo 7

- Exploração dos dedos e das unhas.
- Lesões dos dedos.
- Lesões das unhas.

Capítulo 8

- Exploração da dor.
- Lesões dolorosas do pé.
- Metatarsalgia.
- Talalgia. - Bursite.

Capítulo 9

- Exploração óssea.
- Lesões ósseas.
- Fraturas em geral.
- Fratura dos dedos do pé.
- Fratura dos metatarsianos.

Capítulo 10

- Explorações complementares
- Podoscópio. - Fotopodograma.
- Pé plano. - Pé cavo.

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

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁCTICOS

40 x 30 cm



ESQUELETO DEL PIE 1



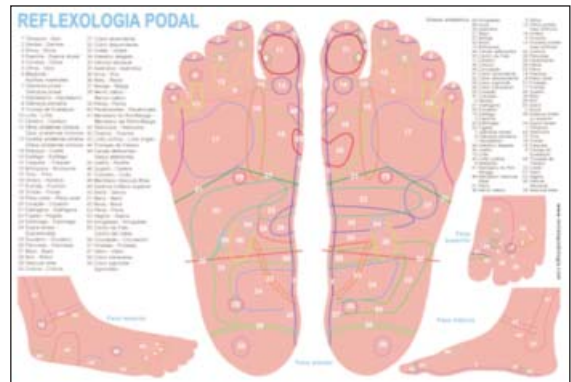
ESQUELETO DEL PIE 2



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