

revistapodologia .com

Nº 37 - Abril 2011



Revista Digital de Podología

Gratuita - En Español



Programação dedicada a profissionais de estética, SPAs e áreas médicas envolvidas com o segmento da beleza

GRADE EXCLUSIVA DE CONGRESSOS

Pré-congressos no dia 4 de junho

Congressos nos dias 5 e 6 de junho

II Congresso de Negócios para Spas, Clínicas, Centros de Estética e Saúde

II Congresso em Estética Aplicada

II Congresso Multiprofissional para Saúde dos Pés

Pós-congressos no dia 7 de junho

TEMAS ABORDADOS

- O Valor da Sua Recomendação Profissional em Estimular as Vendas e a Satisfação dos Clientes
- Aspectos Contratuais, Trabalhistas e Fiscais na Gestão de um Spa
- Tratamentos para Spas Médicos e o Paciente: A Sinergia do Rejuvenescimento
- Causas Intrínsecas e Extrínsecas do Envelhecimento
- Tratamentos Simples e Efetivos para Sua Clínica ou Spa
- Reconstrução Facial e Rinoplastia

PROFISSIONAIS CONFIRMADOS



Celeste Hilling
(Estados Unidos)



Dr. Emerson E. de Lima
(Brasil)



Benjamin Cilento
(Estados Unidos)



Harry Fallick
(Estados Unidos)



Dr. Reinhard Bergel
(Estados Unidos)



Dr. Etai Funk
(Estados Unidos)

4 A 7 | JUNHO | 2011

CURITIBA | PARANÁ | BRASIL

www.bsgworldfestival.com

+55 (11) 2098-0071

congressos@bsgworldfestival.com



Prezado Profissional:

A **Revistapodologia.com** (www.revistapodologia.com) convida você a participar do **"II Congresso Multiprofissional para a Saúde dos Pés"** nos dias **5 e 6 de Junho em Curitiba - PR.**

Novo formato de Evento: Discussão prática de casos ao vivo.

Após a apresentação de um caso por parte do palestrante (com o paciente presente) cada um dos outros palestrantes descreverá que tratamento aplicaria em cada caso desde sua posição como integrante da equipe multiprofissional, abrindo espaço para perguntas dos congressistas, criando a interessante opção de interagir com os palestrantes gerando uma gratificante troca de experiências.

II Congresso Multiprofissional para a Saúde dos Pés

5 de junho - Domingo



Tratando as úlceras através da Ortopodologia.

Israel de Toledo
Podólogo/Ortesista - Brasil



Avaliação do ciclo do caminhar e pressões plantares em pacientes diabéticos com e sem neuropatia sensitiva.

Miguel Oliveira - Podólogo - Portugal



Vários aspectos de uma lesão plantar. Paciente ao vivo.

Juciane Krambeck
Enfermeira/Podóloga - Brasil

6 de junho - Segunda



Aplicação do Laser e Led na podologia. Casos práticos.

Carlos Eduardo Zamboni
Físico - Brasil



Avaliações e técnicas modernas aplicadas ao Pé Diabético.

Dr. Edgar Herrera - El Salvador.



Pé diabético: prevenção com responsabilidade para eliminar complicações. Paciente ao vivo.

Ana Cristina Lima Brandini
Podóloga - Brasil

Após as palestras das Podólogas Krambeck e Brandini, Fórum aberto de discussão de caso ao vivo, onde poderão ser feitas perguntas aos palestrantes e interagir com eles gerando uma troca de experiências.

Mais informações: currículo palestrantes, horários palestras, sínteses dos temas, hotéis, localização do local do evento, etc - www.revistapodologia.com/2_congresso_curitiba.htm

Professores: são nossos convidados, Inscrição Gratuita !!!

Valor normal: R\$ 270,00

Compras de ingressos até dia 31 de maio

Profissionais R\$ 260,00 - Estudantes R\$ 208,00

Compre seu ingresso em 6 sem juros no nosso

Shop Virtual: www.shop.mercobeauty.com

Depósito direto na nossa conta 5% desconto:

Compras de ingressos até dia 31 de maio

Profissionais R\$ 247,00 - Estudantes R\$ 198,00

Banco do Brasil: Agência 0719-6 Cta Cte 13702-2
MERCBEAUTY Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Transferencia online: CNPJ: 03.552.467/0001-32

Local do Congresso

Expo Unimed Curitiba

Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300

Campo Comprido - Curitiba - PR

www.expounimedcuritiba.com.br

Informações para o congresso e para expositores

Revistapodologia.com

(#55) 19 - 3365-1586 - Campinas - SP - Brasil

revista@revistapodologia.com - Sr. Alberto Grillo

BSG World Network

(#55) 41 - 3229-2885 - Curitiba - PR - Brasil

congressos@bsgworldfestival.com - elaine@bsg-world.com

Sra. Elaine Augusto

revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 37
Abril 2011

Director General

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Director científico

Podólogo 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

ÍNDICE

Pag.

5 - Síndrome del Cuboides.

Lirios Dueñas Moscardó, Fisioterapeuta. España

7 - Fricción Plantar: Dar una Luz en el "Punto Oscuro".

Metin Yavuz, PhD. USA

15 - Problemas Dermatológicos. Alteraciones Frecuentes en las Uñas.

Dra. M. Mar Ballester Torrens. Dr. Montse Andreu Miralles. España.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 28.

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.

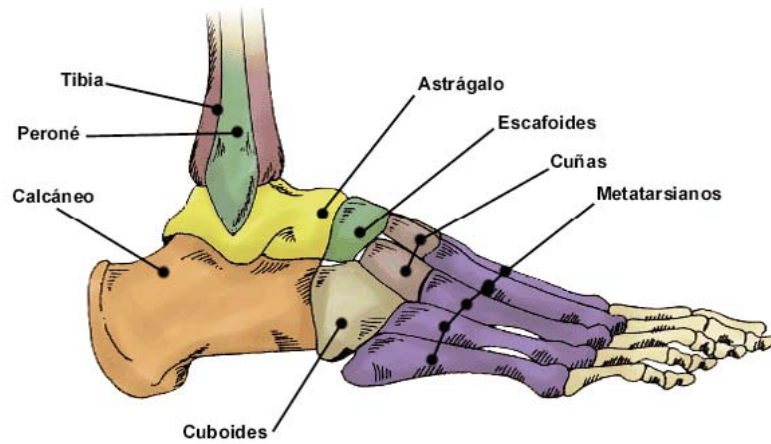
Tel: #55 19 3365-1586 - Campinas - San Pablo - Brasil.

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.

Síndrome del Cuboides.

Lirios Dueñas Moscardó - Fisioterapeuta. España.



¿Qué es el Síndrome del Cuboides?

El Síndrome del Cuboides se da cuando el músculo peroneo lateral largo produce una tracción excesiva sobre el huso cuboides del pie, haciendo que éste se subluje (una dislocación parcial).

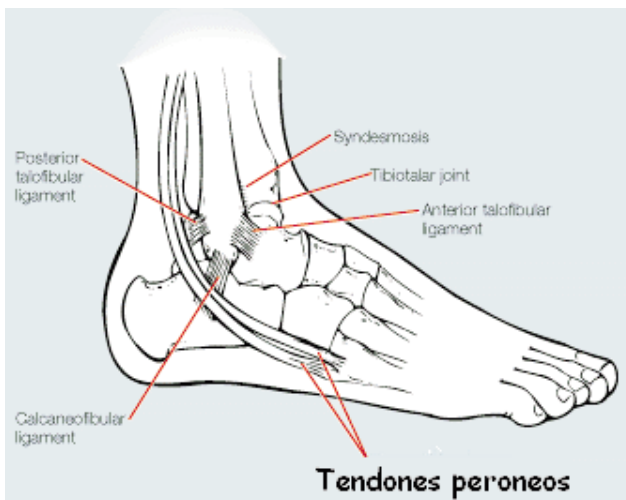
Esta lesión viene frecuentemente asociada con la tendinopatía de los peroneos.

Síntomas del Síndrome del Cuboides

Dolor en la parte externa del pie al apoyarse sobre el pie.

Puede estar precedido por un esguince de tobillo por inversión.

Muchos de los que padecen este síndrome hacen una hiperpronación muy significativa.



Tratamiento del Síndrome del Cuboides

Manipulación por un profesional en terapia manual del hueso cuboides, haciéndolo retroceder hasta su posición natural.

Si la tendinitis de los peroneos es un factor desencadenante deberá ser tratada también por medio de cyriax en los peroneos, tratamiento de los puntos gatillo activos, masaje con hielo, estiramientos, ultrasonidos, etc.



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

Cadeira Master
Cód. 13945

Cadeira com controle de elevação hidráulica, giratória, com freio, montada em estrutura de aço maciço e base com 10 mm de espessura, acabamento em pintura eletrostática. Encosto com regulagem hidráulica a gás e reclinção máxima de 135°. Braços que acompanham o movimento de reclinção e escamoteáveis em ambos os lados. Apóia pernas bipartido com prolongadores, comandados através de pistões hidráulicos.

Cadeira Master
Cód. 13945 M2

Idem cód. 13945, porém, com controles motorizados para ajuste de altura e reclinção do encosto em até 180°.



Cadeira Master
Cód. 13945 M1

Idem cód. 13945, porém, com controle de altura motorizado.

Opcionais:

- Bandeja para instrumentos em aço inoxidável montada em dispositivo com regulagem em profundidade e na posição radial.
- Bandeja para resíduos em aço inoxidável montada em dispositivo com regulagem de profundidade.
- Suporte para a luminária.

Mocho
Cód. 15200

Regulagem hidráulica de altura do assento. Encosto com regulagem de altura e profundidade. Giratório.



Linha Master



Luminária
Cód. 17201

Luminária com exaustor 110 ou 220 V.



Estufa
Cód. 17600

- Estrutura em aço anti corrosível
- Prateleiras removíveis para 4 estojos
- Isolamento térmico em lã extra fina
- Estufa a seco, 50 a 250 °C
- Potência 400 W

Armário
Cód. 15401

Revestimento externo e interno em MDF. Gavetas em trilhos deslizantes.

Cores de Estofamento



Para maiores informações consulte nosso site.

Reservados todos os direitos de autorização para reprodutibilidade sem autorização prévia.

CADEIRAS GENNARO FERRANTE LTDA.

Vendas: R. Independência, 661 • CEP 01524 - 001 • Cambuci • S. Paulo • SP
Grande São Paulo: (11) 2063 7815 • Demais localidades: DDG 0800 11 7815
Fax: (11) 2063 8580 • www.ferrante.com.br • vendas@ferrante.com.br



Fricción Plantar: Dar una Luz en el “Punto Oscuro”.

Metin Yavuz, PhD. USA.

Los investigadores y los profesionales se van dando cuenta de que los picos de presión plantar máxima puede no ser tan útiles para la predicción y la prevención de úlceras del pie diabético como se pensaba anteriormente, y están empezando a centrar su atención en la fricción plantar.

La fricción plantar y su importancia en la ulceración diabética aún no se han estudiado ampliamente, lo dice el doctor David Armstrong para referirse a estas fricciones diciendo recientemente que son para el podólogo un "punto oscuro" (ver "la locura de la fricción: más allá de la presión plantar," 2010 LER Guía de Recursos, página 12). En este artículo revisaremos los datos básicos sobre las fuerzas en la fricción plantar del pie y los estudios preliminares realizados en los últimos años, en un intento de llevar una luz a la metáfora del Dr. Armstrong.

Durante la locomoción humana, las fuerzas de reacción del suelo (GRF) actúan en las tres dimensiones por debajo del pie. Muchas patologías del pie, en particular, las úlceras del pie diabético, se han asociado con estos factores mecánicos. Los dos componentes principales de GRF, es decir, vertical (normal) y las fuerzas horizontales (fricción), pueden ser medidas por una plataforma de fuerza. Sin embargo, como las placas sólo pueden proporcionar datos sobre la fuerza global y no específica a cual región plantar en particular, su valor clínico es limitado. El estrés plantar, que con el fin de ser calculada requiere información del área de superficie, y no se puede evaluar con este tipo de equipos.

En la ciencia de los materiales, medir la tensión en el local de la fuerza, se utiliza para determinar si en un material se producirá un error cuando se aplican fuerzas externas. El estrés puede ser básicamente descrito como la intensidad de la fuerza, o la fuerza media por unidad de superficie. Se calcula dividiendo el valor de la fuerza por el área de superficie sobre la que actúa la fuerza.

Para entender la diferencia entre la fuerza y el estrés, pensemos en un globo de látex inflado. Si se aplica una fuerza de una libra en este globo con la palma de su mano, lo más probable es que se mantendrá intacto. Sin embargo, si se aplica

exactamente la misma cantidad de fuerza con un alfiler, lo más probable es escuchar un fuerte "pop!". La diferencia entre los dos escenarios es la superficie sobre la que se aplica la fuerza, por lo tanto, la magnitud de la fuerza por unidad de área, o sea el estrés. Es evidente que la superficie de la punta de un alfiler es mucho menor que la superficie de la palma, y, en consecuencia, el alfiler induce altos niveles de estrés. Por lo tanto, la utilización de altas magnitudes de estrés es lo más apropiado cuando el interés es la ruptura del material.

Al igual que nuestro globo, la piel de la planta del pie es más vulnerable a las mayores tensiones que actúan sobre ella. Como no podemos identificar las concentraciones de fuerzas específicas vigentes con una plataforma de fuerza, se han desarrollado dispositivos para medir los esfuerzos verticales (es decir, las presiones) bajo el pie. Gracias a la disponibilidad de las plataformas de presión comercial, los investigadores han explorado la asociación entre las presiones plantares y las apariciones de úlceras en pacientes con diabetes. Estudios iniciales de presiones plantares revelaron que presiones plantares mayores imponen más riesgos de úlceras en pacientes con neuropatías periféricas.¹⁻⁴ Más tarde, sin embargo, especialmente en estudios de muestras grandes, se vio que la sensibilidad y la especificidad de las presiones plantares en la determinación de la ulceración no es tan así como pensamos.^{5,6} Los estudios también revelaron que los pacientes con valores normales de presión plantar pueden ulcerarse, mientras que los pacientes con presión elevada pueden no ulcerarse.^{7,8} Por otra parte, en uno de los varios estudios prospectivos, se observó que las úlceras ocurren en los sitios de presión máxima en sólo el 38% de pacientes.⁹ Como resultado, la presión máxima ha sido etiquetado como una "herramienta de los pobres" para identificar a los pacientes en riesgo.⁶ A pesar del informe de Shaw y Boulton¹⁰ en 1996 que indica un papel más importante del impulso en las patologías de lesiones del pie diabético, por desgracia, el tiempo de presión integral no se ha estudiado profundamente.

Varios retos en la medición del otro componente importante de la GRF ha dejado investi-

gadores presos a datos de una sola dimensión (es decir, la presión) para la evaluación de anomalías en los pies.

Como resultado, la fricción plantar destaca desde hace mucho tiempo un misterio en la biomecánica del pie, especialmente en la investigación del pie diabético. Restricciones a los datos de presión disponibles llevó a una tendencia en la comunidad científica para simplificar la etiología de la úlcera de pie diabético en la patología de la presión de por sí, a pesar de un primer estudio que demostró la importancia de la fricción plantar.¹¹

Cuantificación de la fricción

La necesidad de un sistema válido y confiable para cuantificar las fuerzas de presión en el pie dio como resultado el desarrollo de la plataforma de presión en La Clínica de Cleveland (Figura 1). Entre 2005 y 2007, se evaluó una serie de patologías del pie utilizando este dispositivo.¹²⁻¹⁶ En nuestro amplio estudio, hemos comparado la distribución de tensiones en la fricción plantar en pacientes con neuropatía diabética y sujetos de control sanos.¹³ Nuestra investigación ha revelado que los picos de presión y los sitios de la fricción en el pie no se superponen en la mayoría de los pacientes (Figura 2).

De hecho, en el 60% de los pacientes con neuropatía diabética, el sitio de presión máxima y el sitio de la fricción plantar están separados por más de una pulgada.¹² Este descubrimiento tiene potencial para explicar por qué las úlceras no necesariamente se desarrollan en lugares pico de presión. Sorprendentemente, los lugares de pico de presión y de la fricción plantar no se superponen en el 35% de los sujetos de control. También hemos observado los valores de presión plantar en los pacientes diabéticos que fueron significativamente más altos que los valores correspondientes en los sujetos de control sanos. La diferencia en las variables de algunos era tan grande como 132%.

Por otro lado, la presión máxima en pacientes con diabetes fue mayor en sólo el 23%, cuando se compararon los grupos de sujetos.

Tiempo doble

Al final de estos estudios, también atrajo la atención de los investigadores la frecuencia de aplicación de las fuerzas de fricción del pie, que es el doble de la fuerza vertical (es decir, la presión). Esto puede ser obvio si se considera el conjunto de datos recogidos por una plataforma de fuerza durante la marcha normal. La proyección anteroposterior (es decir, proa a popa) y la curva



Figura 1
Plataforma para medir la presión de la fricción y como se coloca el pie

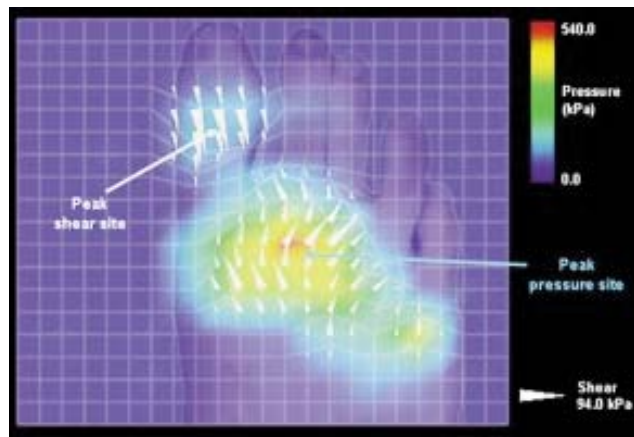


Figura 2
Los picos de presión y los lugares de fricción puede estar en diferentes localizaciones por debajo del pie. Se muestra un caso representativo de diabético. El color y las flechas representan la presión y la fricción, respectivamente. Los datos están visualizados por el software FootVis (Infoscitex, Waltham, MA)

mediolateral obtenidos por una plataforma de fuerza suelen presentar un pico y un valle, con fuerzas positivas y negativas evaluadas en un paso simple.

Esto se debe a que experimentamos tanto las fuerzas de frenado y propulsión bajo nuestros pies en una posición única. Sin embargo, puesto que los datos recogidos por una plataforma de fuerza proviene de la superficie plantar toda, características de determinadas regiones de las fuerzas de la fricción en el pie aún no se conocían. Nuestro estudio ha demostrado que una región determinada bajo el pie, como la cabeza del primer metatarsiano, puede experi-

mentar fuerzas anteriores y posteriores en un solo paso (Figura 3) .13

También se observó que la fricción mediolateral actúa de una manera similar.

La ampliamente aceptada teoría de la ulceración del pie dice que "las úlceras se producen debido a tensiones repetitivas moderadas."17 El hecho de que las fuerzas de fricción en el pie se producen dos veces más que las fuerzas verticales sugiere que las fuerzas de fricción desempeñan un papel importante en la ulceración a pesar de las menores magnitudes relativas a la presión. La razón consiste en el principio del mecanismo de la "falla por fatiga".

Falla por fatiga se define como la incapacidad progresiva de un objeto debido a la carga repetitiva. En términos generales existen dos mecanismos que causan una ruptura en el material: macroscópica y microscópica. Ruptura del tejido debido a un traumatismo agudo se puede considerar una falla macroscópica. En tal escenario, si la tensión aplicada es superior a la resistencia del material, el tejido se rompe instantáneamente.

La ruptura del material depende de la magnitud de la tensión aplicada. Sin embargo, en el caso de la insuficiencia microscópica de un tejido, las fuerzas aplicadas pueden ser mucho

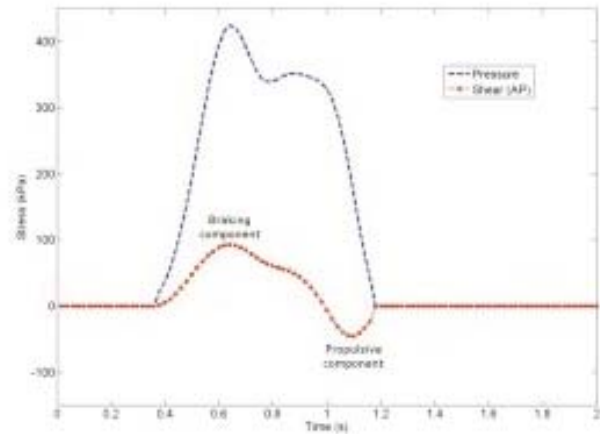


Figura 3
Presión (azul) y fricción anteroposterior (en rojo) las curvas de un paciente diabético registrado por un solo sensor del dispositivo.

menores que la tensión máxima que el material puede soportar. Si estas fuerzas actúan sobre el tejido de forma repetitiva durante largos períodos de tiempo, el daño microscópico se acumula, y, finalmente, el tejido se rompe. Los determinantes de la ruptura en este caso son la magnitud de la tensión y la repetición de las cargas cíclicas (repetición de los ciclos está directamente relacionada con la frecuencia de aplicación y duración).

MASTER FOTON PODOLOGIA

É FOTOPOLIMERIZADOR
FUNGICIDA e
BACTERICIDA !!!



IDEAL PARA O TRATAMENTO DE:

- ONICOMICOSE
- MICOSES DE PELE
- GRANULOMAS
- FERIDAS DIABÉTICAS



FOTOPOLIMERIZADOR

ANVISA
80355369001

Contatos: #55 (011) 2693.3723
email: vidaeeden@yahoo.com.br

Curvas de ciclo de estrés

Los investigadores que investigan la ruptura por fatiga de los tejidos blandos y otros materiales por lo general obtienen datos para evaluar el estrés del ciclo (S-N), curvas que ayudarán a determinar si y cuando en el material se producirá una ruptura en circunstancias diferentes. Una curva típica de S-N se puede encontrar en la Figura 4. Puede verse en este gráfico que diferentes números de repeticiones con el mismo valor tensión puede romper el material hacia abajo o dejarlo intacto. Por lo tanto, es esencial realizar el doble de repeticiones diferentes de presión en la fricción del pie cuando el interés es la ruptura del tejido. Desafortunadamente, hasta la fecha no hay datos para dibujar curvas S-N para el tejido plantar. A pesar de que tales experimentos no podrán desarrollarse en los tejidos vivos (es decir, en pacientes con diabetes), haciéndolo en cadáveres y/o estudios con animales pueden arrojar algo de luz sobre este tema.

Fuerzas de fricción en o debajo del pie también se cree que causan hiperqueratosis y ampollas. Generalmente callos en los pacientes diabéticos suelen preceder a las úlceras, que pueden ser percibidos como una temprana alerta de signos.^{18,19} Una vez que el callo plantar se desarrolla bajo el pie, actúa como un elevador de tensión vertical. El efecto es similar a tener una piedra en el zapato y caminar sobre ella, lo que provocará dolor en un individuo sano, debido a elevadas tensiones en esa región. Principalmente por eso que veremos presiones máximas en los sitios de los callos, la formación de callos conduce a una mayor presión. Sin embargo, la relación entre los callos y la presión elevada no significa necesariamente que los callos se producen debido a las altas presiones.

De hecho, en estudios realizados ya en la década de 1950, se demostró que se forman hiperqueratosis en la presencia de fuerzas de fricción o roce.^{20,21} Por lo tanto, la investigación de las fuerzas a este respecto también es crucial para comprender mejor la etiología de la úlcera y reducir al mínimo úlceras plantares.

Durante mi carrera como biomecánico del pie, me he encontrado con una pregunta fundamental para la que yo no era capaz de encontrar una respuesta exacta: ¿Cómo podemos reducir las fricciones plantares? Como sabemos, los seres humanos necesitan las fuerzas plantares para poder caminar y correr, así que ¿qué pasaría si pudiéramos eliminar o minimizar esto?

Es un hecho conocido que las plantillas para diabéticos pueden reducir las magnitudes de los

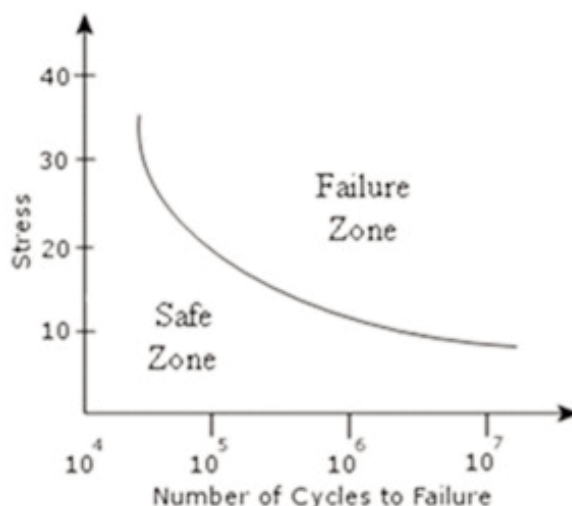


Figura 4

Una curva típica de S-N para un objeto arbitrario. Coordenadas en y por encima de la curva indican que el material fallaría en la combinación del ciclo de estrés. Por la misma magnitud de la tensión, si el número de repeticiones es superior a un valor límite, el material va a fallar (romper).

picos de presión mediante la distribución de la presión sobre una superficie mayor. Puede ser bien posible que para disminuir el mayor estrés de fricción tomemos un enfoque similar. En estos escenarios, el uso de aparatos ortopédicos no altera la fuerza neta vertical (que no sea la fuerza del impacto en el talón) o la presión en el pie. Curiosamente, mientras que las plantillas de presión no pueden reducir el peso corporal de un individuo, pueden ser factibles para reducir la fuerza de presión netas en el pie a través de diferentes mecanismos. Pero antes de abordar este concepto, me gustaría presentar un ejemplo de cómo la reducción de fricción puede funcionar.

¿Qué siente cuando se conduce sobre nieve o hielo? Los lectores de los estados del sur de Norte América no puede tener ninguna experiencia con este reto (predomina el clima caluroso), pero una respuesta probable es la sensación de patinar. A pesar de que los neumáticos del auto lo mantengan direccionado, no pueden recorrer mucha distancia debido a la poca fricción entre los neumáticos y la nieve o hielo.

Creo que la misma idea se aplica a la locomoción humana. Si fuera posible reducir las fuerzas de presión en los pies de una persona, esta persona tendría pasos más cortos. De hecho, los investigadores han estudiado la relación entre la longitud del paso y la fuerzas propulsión de en el pie y han mostrado una fuerte correlación entre el pico de fricción y la longitud del paso.²²⁻²⁴ Es seguro decir que vamos a tener pasos más

12° COSMO BEAUTY CONGRESS

CONGRESSO NACIONAL DE ESTUDOS CIENTÍFICOS
APLICADOS À COSMETOLOGIA ESTÉTICA, CAPILAR
E PODOLOGIA



BEAUTY
EM 3D

Veja a programação preliminar no site
www.vitaderm.com/congresso

19 E 20 DE JUNHO DE 2011
PALÁCIO DAS CONVENÇÕES DO ANHEMBI - SÃO PAULO - SP

E mais...

6° INTENSIV COLOR AWARDS
Campeonato de cabelo



As inscrições deverão ser feitas de
15 de Janeiro a 20 de Abril de 2011 pelo site
www.vitaderm.com/congresso2011
ou nas lojas Vita Derm.



3° VITA DERM FACES & BODY 2011
CONCURSO NACIONAL DE
ESTÉTICA FACIAL E CORPORAL

INSCRIÇÃO
E PARTICIPAÇÃO
GRÁTIS

Aguarde:
mais um mega
show vem por aí!



"Para assistir ao show, participe de 02 dias
de congresso ou 01 dia de congresso + 02
workshops".
19 de junho (domingo), às 20h,
no Palácio das Convenções do Anhembi.

Inscrições e informações:
São Paulo (11) 2187-7538 • Demais localidades 0800-179292
congresso@vitaderm.com

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE

VitaDerm
HIPOALERGÊNICA

Convidam ao

12º Cosmo Beauty Congress - Podologia - Domingo 19 de Junho

Palestrantes e temas



Israel de Toledo - Podólogo/Ortesista - São José dos Campos - SP

Especialista em Pés Diabéticos (Hospital Brigadeiro)- Ortesista - Especializado em Palmilhas Ortopédicas (Flexor - Espanha) - Especializado em Palmilhas Ortopédicas (ABOTEC - Assoc. Brasileira de Ortopedia Técnica) - Autor da Técnica de Toledo para Palmilhas Ortopédicas (patenteada)

Diretor Científico da Revistapodologia.com

- **Tema:** Técnicas de ortopodologia.

- **Síntese:** A Podologia tem sofrido muitas evoluções e a Ortopodologia é uma das principais, pois envolvendo a biomecânica, matérias distintos e novas tecnologias, leva a Podologia há um nível técnico científico relevante e significativo em meio a área da saúde.



Clarice Nunes Bramante - Podóloga - Sorocaba - SP

Instrumentadora Cirúrgica, formada como Podóloga a 13 anos, Coordenadora dos Cursos Técnico em Podologia e Podologia Hospitalar (com especialização em Pés Diabéticos), atuante nos Postos de Saúde em Sorocaba como Podóloga e num Hospital Estadual, Acadêmica em Enfermagem.

- **Tema:** Tirando todas as dúvidas entre o pé diabético e a Podologia.

- **Síntese:** Muitos podólogos tratam dos pés diabéticos, mas nem todos conhecem realmente os riscos, conhecer o grau de risco, definirá o tipo de tratamento a ser realizado.



Dra. Fabiana Salazar – Dermatologista – São Caetano do Sul - SP

Médica Dermatologista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica e da Academia Americana de Dermatologia.

- **Tema:** Questões dermatofuncionais das unhas.

- **Síntese:** Há diversas onicopatias que se assemelham muito clinicamente, é preciso saber como diferenciá-las e como manejá-las corretamente.



Ítalo Batista Ventura - Podólogo - Professor - Guarulhos - SP

Podologista Graduado pela Universidade Anhembi Morumbi.

Professor de Habilidades clínicas e Biomecânica no colégio técnico Santa Maria Goretti.

- **Tema:** Inovando com a tecnologia em favor da podologia.

- **Síntese:** No Brasil temos a oportunidade de aperfeiçoar-mo-nos e atualizarmos em tecnologias e novidades em terapias e metodologias para os tratamentos em saúde no dia a dia do podólogo.

Esta palestra tem por intuito abrir as portas do novo e as mentes para as possibilidades.



Renato Butsher - Podólogo - São Paulo - SP

Curso Superior de Formação específica em Podologia e Graduação em Podologia pela Universidade Anhembi Morumbi, Pós Graduado em Educação pela Universidade Paulista, Delegado representante Brasileiro da Confederação Latino-Americana de Podologia.

- **Tema:** Onicoórtese e suas Evoluções.

- **Síntese:** Este trabalho tem a finalidade de apresentar aos podólogos, as principais onicoórteses (FMM, Fio metálico com ganchos, resina fotopolimerizável, dispositivo espaçador, elástico, boton entre outras) disponíveis no mercado e suas aplicações.



Sr. Carlos Eduardo Zamboni – Físico – São Paulo - SP

Estudos em Engenharia Mecatrônica, Publicidade, Ortomolecular, Física Quântica.

Introdutor da Terapia Fotodinâmica por LED na Podologia e Estética.

- **Tema:** Aplicação do Laser e Led na podologia. Casos práticos.

- **Síntese:** Desmistificando a fototerapia, diferenças do led em relação ao laser, a cor e suas curas, fazer o profissional conseguir tudo que deseja com o seu trabalho (baseado em PNL).

Valor do Congresso Podologia:

Estudante R\$ 75,00 - Profissional R\$ 82,00

Mais informações e para fazer as inscrições do congresso:

(11) 2187-7538 / 0800 17 9292 - congresso@vitaderm.com

cortos si las fuerzas bajo el pie se reducen.

En los pacientes con diabetes, esta relación impone un dilema. Por un lado, al disminuir la fuerzas de fricción de la planta del pie, la incidencia de las úlceras del pie también se puede bajar. Por otro lado, la reducción sería posible a costa de aumentar el número de la repetición, como sería necesario para cubrir una distancia determinada. Puesto que todavía no sabemos lo que las combinaciones de magnitudes de las fuerzas y la repetición causa en la piel (rupturas), es difícil determinar si la reducción sería beneficiosa para todos.

En la actualidad, hay unos pocos dispositivos ortopédicos disponibles que pretenden reducir la fuerzas de fricción por debajo del pie, empleando diferentes metodos.²⁵ Recientemente, hemos evaluado la eficacia biomecánica en vivo de dos sistemas de plantillas para reducir las fuerzas, en el Laboratorio de Biomecánica de la Universidad de Ohio de Medicina Podológica. No voy a entrar en los detalles de este estudio, pero lo que hemos encontrado es que estas plantillas no reducen la eficacia en voluntarios sanos como no lo hacen en in vitro.²⁶ Hay un número de

razones posibles para nuestros resultados, pero me gustaría hacer hincapié que se deberían hacer un amplio conjunto de testes in vitro e in vivo en tales diseños ortopédicos antes de que se puede considerar completamente funcionales.

Incluso si un aparato ortopédico que reduce eficazmente las fuerzas de corte en el zapato puede ser diseñado en un futuro próximo, el uso de plantillas de este tipo debe estar justificado por hacer frente a la magnitud repetición problema paradójico.

Incluso, puede ser diseñado en un futuro próximo un aparato ortopédico que reduzca eficazmente las fuerzas de fricciones en el zapato, pero debe justificar y debe hacer frente a la magnitud de las repeticiones porque sino puede generar un problema paradójico.

La complejidad de la respuesta

Personalmente, creo que la piel, ya sea en la mano o debajo del pie, responde a las fuerzas mecánicas de diferentes maneras, a veces mediante la formación de una ampolla, otras veces un callo o una úlcera. El tipo de la respuesta depende de la relación de fuerzas a la presión de

AMPUTAR? NÃO!!!

Ozomatic® ajuda salvar!

Registro Anvisa: 803827300001



Pé Diabético
Úlcera do Decúbito
Vasculopatias Periféricas
Má Circulação
Drenagem Linfática
Fisioterapia

Hidro-Ozonoterapia: A Renovação Diária da Sua Saúde.



Dia dos Noivos



Spa do Pé



Spa do Pé Inalando Essências



Pé Diabético

- Único Gerador Portátil para Hidro-Ozonoterapia
- 380 a 600 jatos de massagem
- 72 jatos Acessório Spa do Pé
- Controle Remoto
- 7 Programas de Ozonmassagem
- Massagem corporal difusaa
- Drenagem linfática
- Peeling natural
- Baixo consumo de energia
- Ligação simples
- Uso imediato

- Fácil utilização / instalação em:
 - Banheiras convencionais
 - Banheiras de hidromassagem
 - Ofurôs até 300 litros / Home care

Consulte-nos sobre:
Ofurôs, Banheiras,
Iluminação e Cromoterapia.

Angevan Ozomatic®
www.angevan.com.br
21 2522-1885 8151-4807



Spa Zen

la fricción, el recuento de repetición y la duración de aplicación, además de factores ambientales y fisiológicos como el grosor de la piel, la humedad y la temperatura. La relación de la presión y la fricción en realidad determina si un objeto se desliza sobre otro.

Tal desplazamiento, aunque sea en un área pequeña e instantánea, es un factor importante y determinante en la integridad estructural de los tejidos blandos, ya que puede imponer un riesgo para la salud. Para predecir como la piel responde a factores mecánicos requiere una mayor investigación y elaboración.

Hasta entonces, para el podólogo el "punto oscuro" se mantendrá en las sombras.

Metin Yavuz, PhD, obtuvo su doctorado en el programa conjunto Ingeniería Biomédica Aplicada de la Cleveland Clinic y Cleveland State University, bajo la supervisión del Dr. Brian Davis. En la actualidad realiza investigaciones en el Colegio de Ohio de Medicina Podológica, con un enfoque en la biomecánica del pie diabético.

Reconocimiento: El autor desea expresar su agradecimiento al Dr. Vicente Hetherington y Joani Lannoch del Colegio de Ohio de Medicina Podológica por la prestación de apoyo durante la preparación de este artículo.

Fuente: lowerextremityreview.com

References

1. Boulton AJM, Hardisty CA, Betts RP, et al. Dynamic foot pressure and other studies as diagnostic and management aids in diabetic neuropathy. *Diabetes Care* 1983;6:26-33.
2. Frykberg RG, Lavery LA, Pham H, et al. Role of neuropathy and high foot pressures in diabetic foot ulceration. *Diabetes Care* 1998;21:1714-1719.
3. Ctercteko GC, Dhanendran M, Hutton WC, Le Quesne LP. Vertical forces acting on the feet of diabetic patients with neuropathic ulceration. *Br J Surg* 1981;68:608-614.
4. Stokes IAF, Faris IB, Hutton WC. The neuropathic ulcer and loads on the foot in diabetic patients. *Acta Orthop Scand* 1975;46:839-847.
5. Armstrong DG, Peters EJ, Athanasiou KA, Lavery LA. Is there a critical level of plantar foot pressure to identify patients at risk for neuropathic foot ulceration? *J Foot Ankle Surg* 1998;37(4):303-307.
6. Lavery LA, Armstrong DG, Wunderlich RP, et al. Predictive value of foot pressure assessment as part of a population-based diabetes disease management program. *Diabetes Care* 2003;26(4):1069-1073.
7. Hsi WL, Ulbrecht JS, Perry JE, et al. Plantar pressure threshold for ulceration risk using the EMEDSF platform [abstract]. *Diabetes* 1993;42(S1):103a.
8. Ledoux WR, Cowley MS, Ahroni JH, et al. No relationship between plantar pressure and diabetic foot ulcer incidence after adjustment for ulcer location. *American Diabetes Association 65th Scientific Sessions (Abstract #67-OR)*, San Diego, June 2005.
9. Veves A, Murray HJ, Young MJ, Boulton AJ. The risk of foot ulceration in diabetic patients with high foot pressure: a prospective study. *Diabetologia* 1992;35(7):660-663.
10. Shaw JE, Boulton AJM. Pressure time integrals may be more important than peak pressures in diabetic foot ulceration (Abstract). *Diabet Med* 1996;13(Suppl 7):S22.
11. Pollard JP, Le Quesne LP. Method of healing diabetic forefoot ulcers. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983;286(6363):436-437.
12. Yavuz M, Erdemir A, Botek G, et al. Peak plantar pressure and shear locations: relevance to diabetic patients. *Diabetes Care* 2007;30(10):2643-2645.
13. Yavuz M, Tajaddini A, Botek G, Davis BL. Temporal characteristics of plantar shear distribution: relevance to diabetic patients. *J Biomechanics* 2008;41(3):556-559.
14. Yavuz M, Davis BL. Regional analysis of plantar forefoot shear stress distribution in athletic individuals with a history of frictional blisters. *J Am Podiatr Med Assoc* 2010;100(2):116-120.
15. Yavuz M, Hetherington VJ, Botek G, et al. Forefoot plantar shear stress distribution in hallux valgus patients. *Gait Posture* 2009;30(2):257-259.
16. Yavuz M, Husni E, Botek G, Davis BL. Plantar shear stress profiles in rheumatoid arthritis patients: relevance to foot pain. *J Am Podiatr Med Assoc*. In press.
17. Hall OC, Brand PW. The etiology of the neuropathic plantar ulcer. *J Am Podiatr Med Assoc* 1979;69(3):173-177.
18. Delbridge L, Ctercteko G, Fowler C, et al. The aetiology of diabetic neuropathic ulceration of the foot. *Br J Surgery* 1985;72(1):1-6.
19. Murray HJ, Young MJ, Hollis S, Boulton AJ. The association between callus formation, high pressures and neuropathy in diabetic foot ulceration. *Diabet Med* 1996;13(11):979-982.
20. Goldblum RW, Piper WN. Artificial lichenification produced by a scratching machine. *J Invest Dermatol* 1954;22(5):405-415.
21. MacKenzie IC. The effects of frictional stimulation on mouse ear epidermis. *J Invest Dermatol* 1974;63(2):194-198.
22. Martin PE, Marsh AP. Step length and frequency effects on ground reaction forces during walking. *J Biomechanics* 1992;25(10):1237-1239.
23. Orendurff MS, Bernatz GC, Schoen JA, Klute GK. Kinetic mechanisms to alter walking speed. *Gait Posture* 2008;27:603-610.
24. Schwartz MH, Rozumalski A, Trost JP. The effect of walking speed on the gait of typically developing children. *J Biomechanics* 2008;41(8):1639-1650.
25. Lavery LA, Lanctot DR, Constantinides G, et al. Wear and biomechanical characteristics of a novel shear-reducing insole with implications for high-risk persons with diabetes. *Diabetes Technol Ther* 2005;7(4):638-646.
26. Matassini M, Patel J, Ky T, et al. Do shear reducing diabetic insoles really reduce plantar shear? *Diabetic Limb Salvage Conference 2009*, Washington, DC, September 2009.

Problemas Dermatológicos.

Alteraciones Frecuentes en las Uñas.

Dra. M. Mar Ballester Torrens. Dr. Montse Andreu Miralles. España.

La uña es una lámina queratinizada situada en el dorso de la punta de los dedos de manos y pies. Esta lámina queratinizada o lámina ungueal, descansa sobre un epitelio escamoso queratinizado, el lecho ungueal. Está rodeada por dos surcos laterales y un surco proximal de piel, este último muy queratinizado que se denomina eponiquio o cutícula. La piel situada bajo el extremo libre distal de la uña se denomina hiponiquio.

Debajo del surco ungueal proximal se encuentra la matriz, que está compuesta por un grupo de células basalioides que se multiplican y queratinizan sin formar gránulos de queratohialina, dando origen a la lámina de la uña. La porción distal de la lámina está compuesta por ortoqueratina, la proximal blanquecina, llamada lúnula, está compuesta por paraqueratina. La proliferación continua de las células de la matriz produce el crecimiento de la uña.

Como derivado ectodérmico compuesto de queratina, la placa ungueal crece hacia la parte distal de los dedos a partir de un pliegue de epidermis adherido al lecho ungueal el cual está contiguo a la matriz en su parte proximal. La uña crece lentamente desde el primer día después del nacimiento, posteriormente es más rápido hasta volver a ser más lento en la ancianidad. El crecimiento ungueal es mayor en las manos (0,8 mm/semana) que en los pies (0,25 mm/semana), especialmente en la mano dominante.

Los cambios ungueales pueden ser debidos a un proceso patológico local, a una manifestación de una enfermedad cutánea o a una alteración sistémica. Las alteraciones de origen hereditario también pueden afectarlas. Es importante realizar una historia clínica completa y una exploración física del resto de piel. En ocasiones ocurre que los cambios ungueales son el único signo de enfermedad.

Signos ungueales propios de la infancia

La uña al ser delgada y transparente se incurva por el extremo distal al nacimiento. Es frecuente la onicosquisis (exfoliación transversal en capas del margen distal de la uña, con decoloración de esta zona), cambio muy frecuente en uñas de los pies de los niños. Estos cambios y la presencia

de crestas longitudinales de la uña disminuyen con la edad.

La coiloniquia es una inversión en la curvatura de la lámina ungueal que le confiere un aspecto cóncavo dorsal (cuchara).

Es muy frecuente en la infancia, especialmente en el dedo gordo del pie, aunque también se ve en los demás dedos. No suele ser un indicador de deficiencia de hierro o de cistina como ocurre en el adulto.

Los capilares tan evidentes en el pliegue ungueal maduran hacia la forma adulta en pocos meses, dependiendo del peso de niño, haciéndose imperceptibles.

Las líneas de Beau son depresiones centrales de la lámina que llegan a verse en un 92 por ciento de los niños entre 4 y 14 semanas de vida y que pueden exacerbarse si ha habido sufrimiento fetal intrauterino.

Un hallazgo ocasional son las lesiones ampollares autoinfligidas, que se ven en el dorso de los dedos índice y pulgar al nacer, atribuyéndose a la propia succión dentro del útero.

Signos ungueales propios de la vejez

A lo largo de la vida las uñas reciben multitud de agresiones externas e internas, lo que hace que presenten una serie de modificaciones, algunas de las cuales pueden considerarse normales (forman parte del cronoenvejecimiento cutáneo), mientras que otras representan una patología más o menos frecuente en los individuos de edad avanzada.

Las alteraciones ungueales debidas a la edad se deben a la reiteración de agresiones externas (roce, fricción, presión, cambios de temperatura, etc.), pero sobre todo a las progresivas modificaciones fisiológicas del organismo (alteraciones vasculares, neurológicas y osteoarticulares seniles), al progresivo cronoenvejecimiento de los epitelios (manifestado por el enteltecimiento en la actividad de los queratinocitos), la xerosis (por disminución de los lípidos de superficie y progresiva deshidratación) y los cambios hormonales y nutricionales. A esto debe sumarse el hecho de que el anciano tiene más dificultad para llevar a



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

cabo los cuidados higiénicos necesarios. Además, puede influir la medicación que toma y añadirse a otras enfermedades que pueda padecer. Todo ello hace que la lámina ungueal sea más gruesa y seca, menos brillante y de superficie menos lisa.

Esta distrofia ungueal puede ser especialmente acentuada en la primera uña de los pies, donde pequeños traumatismos son más intensos y frecuentes, de tal forma que con mucha frecuencia la lámina adquiere un engrosamiento marcado (paquioniquia), opacidad, pigmentación y surcos transversales. El hallux valgus (“juanete”) se suma a las causas antes citadas y provoca un roce excesivo en la cara interna del primer dedo, destruyendo los pliegues laterales y favoreciendo el crecimiento vertical de la lámina.

Alteraciones patológicas más frecuentes son las infecciones del aparato ungueal como la onicomiosis. Las alteraciones típicas de la onicomiosis son: onicólisis, hiperqueratosis subungueal, cromoniquia, destrucción de la lámina y distrofia importante. Hay que tener en cuenta que estas alteraciones son también características de otros procesos, principalmente de la psoriasis ungueal, con la que siempre plantea el diagnóstico diferencial.

Para confirmar la sospecha de onicomiosis es preciso llevar a cabo un examen microscópico directo que permita visualizar las hifas. Es necesario raspar la uña o cortar unos fragmentos que, sobre el portaobjetos, se tratan luego con hidróxido potásico al 10-30 por ciento, al que puede añadirse tinta Parker para visualizar mejor los elementos fúngicos. Los cultivos se hacen preferentemente en medios de Sabouraud adicionados con antibióticos para impedir el crecimiento de bacterias.

Signos ungueales en adultos

Alteración de la textura superficial

- Surco horizontal o líneas de Beau (Fotografía 1): La malnutrición o traumatismos de la matriz provocan una banda defectuosa en la formación de la uña. Puede estar provocado por una enfermedad general o por procesos locales. Sucesivos brotes originan varias líneas paralelas.

- Hoyos o pitting: Son depresiones puntiformes de la lámina. Se encuentra en la psoriasis, alopecia areata, liquen plano, eccema, dishidrosis, pitiriasis rosada o traumatismo ocupacional.

- Estrías longitudinales de ancho variable:



Constituye una alteración en el crecimiento de la uña. Un único surco longitudinal puede estar relacionado con la presión que ejerce los tumores malignos o benignos en el pliegue ungueal. La aparición de surcos longitudinales también puede ser producida por la presencia de quistes mixoides. Si son múltiples pueden ser fisiológicas, onicorrexis o uña senil, insuficiencia vascular, liquen plano, artritis reumatoide, congelación. Si se presentan aisladas: familiar, distrofia mediana canaliforme (es una estría que recorre longitudinalmente la uña, pudiendo abarcar el grosor de la uña, generalmente de los pulgares. La uña acaba hendida en la parte media, de la cual salen unas crestas curvadas hacia atrás formando una imagen en «pino invertido». Acostumbra a deberse a traumatismos autoinfligidos como consecuencia de tics), trauma, tumores.

- Traquioniquia (Fotografía 2): Rugosidad de la uña que se percibe en toda la lámina, superficie de lija. Se observa en todas las uñas en el llamado síndrome de las 20 uñas (Fotografía 3) idiopática, afectación de la lámina en forma de



estriaciones longitudinales desde el nacimiento y que acostumbra a mejorar con la edad. A menudo el proceso inflamatorio que lo origina es una dermatitis atópica, liquen plano, psoriasis o alopecia areata. Ocasionalmente el tratamiento con corticoides tópicos o intralesionales consiguen mejorías clínicas), en uñas individuales por agresiones químicas, alopecia areata y liquen plano.

Alteración en la lámina

- Paquioniquia: Engrosamiento de las uñas que puede ser real (afecta matriz) o aparente (hiperqueratosis). Este último se asocia a onicomiosis, eczema crónico, liquen plano, psoriasis. El engrosamiento real se asocia a psoriasis, síndrome de Reiter, traumatismos, onicomiosis, eczema de contacto, liquen plano, alopecia areata.

- Onicosquicia: Separación laminar de las uñas. Si es distal puede asociarse a uña mojada repetidamente, ancianos, detergentes. En cambio si es proximal se debe a psoriasis, liquen plano o tratamiento por retinoides.

- Onicomadesis: Pérdida completa de la uña con afectación de la matriz. Debido a paroniquia aguda, traumatismo local, dermatosis bullosa, síndrome Steven-Johnson o fármacos.

Alteración en el lecho ungueal

- Onicólisis (Fotografía 4): Uña separada de su lecho en los bordes lateral y distal, si es extensa puede producir una pérdida completa. Cambio del color normal de la uña. Puede ser causado por psoriasis, infección por *Candidas*, traumatismo por zapatos y manicura, eczema de contacto, trabajo con pinturas o disolventes, fotosensibilidad con fármacos, liquen plano, tumores, tirotoxicosis, vasculopatía periféricas.

- Atrofia de la uña: Con pterigium, la cutícula crece por encima de la uña inicialmente dividién-



dola. Se asocia a liquen plano, acrosclerosis, onicotilomanía, penfigoide. Sin pterigium, paroniquia intensa con distrofia, atrofia idiopática de la infancia, psoriasis grave de la uña.

- Hipertrofia: Crecimiento del lecho ungueal. Puede ser debido a: hiperqueratosis, psoriasis, infección fúngica o de paroniquia (traumatismos, infecciones) o onicogriposis (en ancianos, insuficiencia vascular, hallux valgus).

Alteración del contorno general o deformidad

- Dedo hipocrático o uña en vidrio de reloj: Se caracteriza por el aumento longitudinal y trasversal de la curvatura de la uña junto a hipertrofia del pulpejo de los dedos. Se asocia a alteraciones cardiovasculares y respiratorias.

- Coiloniquia: Engrosamiento y concavidad con los bordes en relieve, adoptando un aspecto en "cuchara". Es idiopática o asociada a lesión de contacto (ocupacional), liquen plano, alopecia areata, psoriasis, fisiológica de la infancia, enfermedad de Darier, enfermedad de Raynaud, onicomiosis, ferropenia, síndrome uña-rótula (hereditario, autosómico dominante con una localización en el brazo largo del cromosoma nueve. Hay una distrofia de la uña del pulgar (uñas frágiles en cuchara) con reducción de su prominencia respecto a los dedos cubitales. En un 90 por ciento de los casos se asocia a aplasia o luxación de la rótula. En un 42 por ciento hay también afectación renal.

- Hipercurvatura trasversal o uñas en "teja": La uña suele enclavarse en los surcos laterales.

- Uña incarnata o onicocriptosis: Se produce cuando el tejido blando de los pliegues ungueales laterales es penetrado por los bordes laterales de la lámina ungueal. Como consecuencia de este hecho, se producen inflamación, dolor y, en última instancia, tejido de granulación y supuración. Los dedos que se afectan con mayor frecuencia son los dedos gordos de los pies. La causa más habitual es el uso de zapatos demasiado estrechos en la punta y/o un error en la forma de cortarse las uñas. Otras causas son la deformación de la lámina ungueal (uña en pinza), la obesidad y los problemas ortopédicos de los pies. El tratamiento consiste en intentar separar la lámina ungueal de la piel adyacente. En ocasiones, si el cuadro inflamatorio es poco intenso, son suficientes algunas medidas conservadoras, como despegar el contacto uña-piel con un pequeño ovillo de algodón y aplicar antisépticos y antibióticos tópicos. Cuando se forma un tejido de granulación reactivo en el pliegue lateral, la

podology



PEDISCRUB

KAOLIN, EXTRATO DE ALOE, CAROÇO DE ALPERCE e ÁCIDO LÁCTICO.

APLICAÇÃO

Aplicar efetuando uma suave massagem circular nos calcanhares e nas plantas dos pés, até se produzir a descamação.

INDICAÇÕES:

Creme esfoliante para os pés. Creme esfoliante para eliminar as durezas dos calcanhares e da parte sobre a qual se apoia o pé.- Elimina as células mortas, previne a secura e suaviza e recupera a flexibilidade da pele do pé, diminuindo a sensação de comichão e de "pés adormecidos".- O seu conteúdo em pó refinado de Carvão de Alperce exfolia suavemente. Pelo seu conteúdo em Óleo Essencial de Menta tem propriedades revitalizantes, ao mesmo tempo que o Extrato de Aloe Vera proporciona uma hidratação profunda.



PEDIMASK

TALCO, EXTRATO DE CAMOMILA, ÓLEO ESSENCIAL DE ROSMANINHO, ÓLEO DO ÁRVORE DO CHÁ e MENTOL.

APLICAÇÃO.

Aplicar uma camada média de PEDIMASK por todo o pé e manter durante 15-20 minutos. Retirar seguidamente com água morna.

INDICAÇÕES

Máscara Hidro-reparadora e refrescante para os pés. Máscara que hidrata, repara, reestrutura e aumenta a elasticidade dos pés secos, cansados e deteriorados de um modo imediato.- Impede a evaporação de água nos tecidos e pela sua combinação de Princípios Hidratantes, Mentol, Extrato de Camomila e Óleos Essenciais de Árvore do Chá e Rosmaninho, acalma, condiciona e suaviza a pele dos pés, deixando-os frescos e relaxados. Tem propriedades bactericidas e reduz o inchaço dos pés doloridos e estriados.



PEDICONFORT

URÉIA, MANTEIGA DE KARITÉ, EXTRATO DE CALÊNDULA, EXTRATO DE ALFAZEMA, CERA DE ABELHAS, ÓLEO ESSENCIAL DE LIMÃO e TRICLOSAN.

APLICAÇÃO.

Depois de lavar os pés, aplicar o creme por meio de uma suave rotação até sua total absorção. Usar uma ou duas vezes ao dia indistintamente pela manhã ou pela noite.

INDICAÇÕES

Creme regenerador calmante e suavizador para os pés. Para pés cansados e estragados, produz um alívio imediato e prolongado. Atenua as gretas produzidas pelo excesso de secura, devido ao efeito reparador da Manteiga de Karité e do Óleo Essencial de Alfazema. Suaviza os pés e previne a formação de durezas, nutrindo a pele sem deixar restos graxos. Efeitos anti-sépticos pelo seu conteúdo em Óleo Essencial de Limão, mantém os pés isentos de bactérias, pelo qual ficam desodorizados, hidratados e frescos, evitando os cheiros desagradáveis.



PEDIREMOVE

HIDRÓXIDO POTÁSSICO

APLICAÇÃO.

Cubra a dureza com um algodão seco.- Embeba o algodão o mais possível com PEDIREMOVE.- Mantenha durante 10 minutos, acrescentando PEDIREMOVE no caso de haver evaporação de produto.- Retire o algodão passando pela dureza com uma espátula ou uma raspadeira.- Repita esta operação todas as vezes que for necessário.- Ao acabar pula a zona com uma escova de unhas ou uma lixa para os pés.- Lave abundantemente com água no final do processo.- Proteger a polpa dos dedos com uma luva ao fazer a aplicação do produto.



NIGHT & DAY

Tratamento na Clínica/Salão

- 1º PEDIREMOVE (só para pés com calos) 10 minutos
- 2º PEDISCRUB
- 3º PEDIMASK 15/20 minutos
- 4º PEDICONFORT

Tratamento Spa dos Pés (revenda)

- 1º PEDISCRUB
- 2º PEDIMASK 14/20 MINUTOS
- 3º PEDICONFORT

Produtos Fabricados e Importados da Espanha por Laboratorios Ximart S.A. - Res. ANVISA N° 343/05

Compre com preço diferenciado para profissionais
no www.shop.mercobeauty.com

solución deberá ser quirúrgica. Si el granuloma en cuestión es pequeño, puede realizarse en él electrocoagulación y curetaje, y aplicar ácido tricloroacético en el área curetada y colocar el pequeño ovillo de gasa o algodón, con el fin de mantener separada la uña de la piel. Si todos estos procedimientos fallan, el proceso recidiva o existe gran profusión de tejido de granulación deberá efectuarse una onisectomía parcial con matricectomía parcial y cierre del defecto con puntos de sutura.

Alteración del color de las uñas (discromias)

- Leuconiquia: La lámina ungueal adquiere un color blanquecino debido a que la matriz produce células con una queratinización alterada. Se asocia a psoriasis, dermatitis exfoliativa, traumatismo.

- Pseudoleuconiquia: En este caso, el color blanquecino de la lámina es originado por una causa externa, como en la onicomiosis o el esmalte de uña.

- Leuconiquia aparente: El aspecto blanco de la uña se debe a alteraciones subyacentes. Se suele asociar a insuficiencia hepática, anemia, hipoalbuminemia, liquen, onicolisis, enfermedad renal, diabetes y cardiopatías.

- Hemorragias en astilla (2-3mm longitud): Son hemorragias longitudinales del lecho ungueal distal que siguen el trayecto de los vasos subungueales. Se asocian generalmente a traumatismos externos. También se han asociado a síndrome antifosfolípido, eccema, psoriasis, onicomiosis idiopática, enfermedad de Raynaud, escorbuto, vasculitis y endocarditis (Fotografía 5).

- Cromoniquia: Las causas exógenas decoloran la zona proximal, las endógenas colorean la lúnula. Si es amarilla se asocia a onicomiosis, carotenos, ictericia. Azul: minociclina, fenotiacidas. Si es verde, la causa más frecuente es la infección por pseudomonas. El embarazo y la



Foto 5

malnutrición pueden ocasionar uñas de color marrón.

- Melanoniquia: Mancha marrón o negra. Siempre se debe descartar el melanoma subungueal acral (afecta un dedo, extensión del pigmento al pliegue proximal, más de 50 años, rápido ensanche de bordes irregulares, borde longitudinal oscurecido, localizado en matriz o alrededores) del hematoma.

Variaciones de la dirección del crecimiento de las uñas

- Onicogrifosis (Fotografía 6): La queratina de la uña está producida a un ritmo irregular, la zona de la matriz con un crecimiento mayor determina la dirección de la deformidad. Suele ocurrir en el primer dedo y su causa suele ser traumática.



Foto 6

Motivos de consulta según la lesión principal ungueal

Cambios locales en las uñas

Traumatismos

Los agudos pueden llegar a provocar la caída de toda la uña y, los crónicos, como resultado del uso inapropiado de un calzado inapropiado, pueden provocar un engrosamiento ungueal que provoca a una deformación conocida como onicogrifosis. Traumatismos repetidos laborales, o frotarse la raíz de la uñas con otras provoca distrofia irregular que deja de producirse al cesar el hábito; si persiste o hay alteración de la matriz puede ser causa permanente de distrofia, provocando alteración del crecimiento o desprendimiento ungueal (onicólisis).

Infección

De los tejidos proximales a la uña (paroniquia), suele ir acompañada por sobreinfección por pseudomona y candidas; suele deberse a una exposición repetida a un entorno húmedo y trau-

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



matismo de poca importancia, suele afectarse más frecuentemente el índice y el dedo corazón.

- Paroniquia aguda: Es una inflamación aguda de los pliegues; generalmente existe infección bacteriana, comúnmente estafilocócica, cuya puerta de entrada suele ser la existencia de un trauma menor en la cutícula.

- Paroniquia crónica: Se trata de una inflamación crónica de los pliegues, se caracteriza por eritema, ablandamiento de la zona y descarga intermitente de pus. Puede estar producida por candidas o por bacterias tanto Gram positivas como negativas. Son factores predisponentes la mala circulación periférica, la diabetes, las candidas y la costumbre de traumatizar reiteradamente la cutícula.

- Panadizo herpético: Es la primoinfección o recurrencia de la infección por el virus del herpes simple localizada en los dedos. Se caracteriza por vesículas agrupadas que tienden a confluir formando una ampolla multilocular. Se localiza en la punta de los dedos de las manos y cursa con dolor intenso y sensación pulsátil. Se autolimita en un período de unas 2 semanas con la formación de costras.

Es muy importante diferenciarlo del panadizo estafilocócico por las implicaciones terapéuticas, ya que el panadizo herpético no debe desbridarse quirúrgicamente. La citología del contenido de la vesícula suele permitir el diagnóstico.

- Onicomycosis: Alrededor del 50 por ciento de las consultas dermatológicas en Atención Primaria son onicomycosis y, dado que muchas afecciones ungueales son muy parecidas clínicamente, es preciso un diagnóstico correcto. La infección puede estar producida por dermatofitos, Candida y mohos. Las onicomycosis son generalmente una enfermedad de los adultos y ancianos, ya que están favorecidas por la presencia de distrofias ungueales previas.

Los tipos clínicos de onicomycosis vienen definidos por la localización, existen cuatro formas clínicas: la subungueal distal, la blanca superficial, la proximal y la onicomycosis distrófica total.

La onicomycosis subungueal distal y lateral es la más frecuente. Las formas subungueal proximal, blanca superficial y distrófica total son poco frecuentes y casi exclusivas de pacientes inmunodeprimidos, y la enfermedad con la que se confunden con mayor frecuencia también es la psoriasis. La infección se inicia en el borde distal en forma de decoloración blanco-amarillenta de la lámina ungueal, desde donde progresa proximal-

mente. La lámina ungueal se hace más gruesa y se produce una hiperqueratosis reactiva del lecho ungueal que levanta la uña del lecho ungueal (onicólisis). Esta forma es la que se confunde con mayor facilidad con otras enfermedades que cursan con onicólisis, especialmente la psoriasis.

Por lo general, se afecta una sola uña, la del primer dedo del pie. Las uñas de las manos se afectan con menor frecuencia. La afectación de varias uñas debe hacer pensar en inmunodepresión.

El diagnóstico de onicomycosis no debe basarse únicamente en el aspecto clínico. El elevado número de enfermedades de las uñas que cursan con distrofia e hiperqueratosis subungueal dificulta mucho el diagnóstico clínico, por lo que es necesario realizar casi siempre un cultivo micológico.

La onicomycosis debe diferenciarse sobre todo de la onicopatía psoriásica. En ésta suelen afectarse varias uñas de forma simétrica y, además de la onicólisis, suele haber piqueteado ungueal. Si se sospecha la existencia de psoriasis, debe realizarse un examen de toda la piel en busca de lesiones específicas.

- Pterigium (fibrosis del tejido periungueal): La lámina ungueal sufre un adelgazamiento progresivo en un punto concreto que suele ser la porción central, más tarde se produce la fusión del pliegue ungueal proximal a la matriz, con lo que en esa área no se forma uña. Al principio la uña aparece dividida en dos mitades, finalmente el proceso termina generalmente con la pérdida total de la uña. Se asocia a onicotilomanía y liquen plano.

Enfermedades de la piel con afectación ungueal

Psoriasis

Es una dermatosis inflamatoria crónica en la que se pierde el control del recambio ("turnover") celular de la epidermis, provocando una dermatosis inflamatoria crónica.

Epidemiología y etiología

La prevalencia en España es del 1,4 por ciento de la población española, con dos picos de máxima incidencia: segunda y quinta décadas de la vida. Genéticamente determinada (se asocia HLA-Cw6); etiología desconocida. Puede existir historia familiar: cuando uno de los padres tiene psoriasis, un 16 por ciento de los descendientes la desarrollan y, cuando ambos progenitores padecen la enfermedad, 50 por ciento de los hijos la heredan.

Diagnóstico clínico

La afectación ungueal en la psoriasis ocurre entre el 10 y el 50 por ciento de los pacientes. Aunque es poco frecuente, puede ser que los cambios ungueales sean la primera manifestación y clave, para el diagnóstico de la enfermedad. A nivel ungueal se provoca una acumulación de queratina como en las lesiones de la piel, esta alteración provoca las manchas amarillo-amarillentas (mancha de aceite), el engrosamiento de la lámina y la hiperqueratosis subungueal, que suele producir onicólisis por afectación del lecho; otra manifestación resultado de la afectación psoriásica de la matriz es la formación de pequeñas depresiones en forma de punto por la pérdida de diminutos tapones de queratina anormal conocido como pitting ungueal (Fotografía 7). La artritis psoriásica es más frecuente en los pacientes con afectación ungueal importante.



Foto 7

Tratamiento

Informar sobre la no contagiosidad, la cronicidad del cuadro, la evolución a brotes y los factores desencadenantes: estrés, infecciones (en especial las amigdalitis), evitar los traumatismos, incluyendo el rascado, para que no se produzca el fenómeno de Koebner y evitar la ingesta de determinados medicamentos como el litio, los beta-bloqueantes, los antipalúdicos, los AINEs y la supresión del tratamiento con corticoides sistémicos. Recomendar que se apliquen diariamente hidratantes para mejorar la elasticidad de las placas, tomar el sol sin quemarse y apoyo psicológico. El tratamiento de la onicopatía psoriásica es poco efectivo.

Liquen Plano

Es una dermatosis inflamatoria frecuente que puede afectar la piel, las mucosas, las uñas y el pelo (Fotografía 8).

Epidemiología y etiología

Afecta entre los 30 y 60 años por un igual a ambos sexos, poco frecuente en la infancia. Curso clínico oscilante con curación de lesiones y

aparición de nuevas a lo largo 1-2 años. La causa es desconocida aunque probablemente se debe a interacciones entre factores tanto endógenos-genéticos como exógenos-ambientales, en algunos casos se constata el estrés psicológico como factor desencadenante (muerte de un familiar, accidentes).

Diagnóstico clínico

Alrededor del 10 por ciento de los pacientes con liquen plano presentan afectación ungueal. Los cambios más frecuentes son adelgazamiento y pérdida del brillo de la lámina ungueal, atrofia de la placa ungueal, pudiendo ésta desaparecer por completo. Es posible que la cutícula se engrose y crezca por encima de la placa ungueal; a esta anomalía se conoce como formación de pterigium, muy característico del liquen plano (que consiste en el crecimiento de la piel del pliegue perioniquial distalmente sobre la lámina ungueal).

Cuando se sospeche que la onicopatía es debida a un liquen plano, habrá que explorar al paciente en busca de lesiones de liquen plano, y en especial la mucosa oral en busca del reticulado blanquecino característico.

La lesión elemental de la piel es una pápula de bordes poligonales y color eritematoso o violáceo, de superficie lisa, a través de la cual se puede observar, sobre todo al humedecer la pápula con aceite o alcohol, una fina red blanquecina que se conoce como estrías de Wickham, prácticamente patognomónicas. La distribución de las lesiones en el liquen plano suele ser simétrica y bilateral, es muy frecuente que comience en las áreas flexoras de muñecas y antebrazos, con posterior progresión al tronco, muslos y tobillos. La afectación de la cara es excepcional.

El prurito suele ser importante y puede haber lesiones de rascado que a veces provocan distribución lineal de las pápulas (fenómeno de Koebner). Una característica clínica de todas las



Foto 8

formas es que las lesiones cuando curan dejan una pigmentación grisácea residual muy típica que puede durar varios meses.

Eczema

Cualquier tipo de eczema de la cara dorsal de los dedos que se extienda hasta la matriz de la uña puede producir una distrofia ungueal. Puede verse asociado con las uñas quebradizas con tendencia a agrietarse. En el eczema o dermatitis de contacto, existe un engrosamiento y deformidad de la uña, en ocasiones con surcos horizontales. Los cambios más habituales son la presencia de surcos transversales en la lámina ungueal (líneas de Beau), piqueteado y otros cambios distróficos. Estos cambios mejoran cuando se controla la dermatitis.

Enfermedad de Darier

Se observa distrofia ungueal y estrías longitudinales que finalizan con una morfología en V con muesca en el borde libre ungueal. En la piel puede observarse pápulas descamativas de color marrónáceo en la parte central de la espalda, tórax y cuello. Empeoran con la exposición solar.

Alopecia areata

Los pacientes con alopecia areata pueden presentar cambios ungueales que van desde un piqueteado irregular y difuso que confiere a la lámina un aspecto deslustrado hasta estriaciones transversales como raspaduras, rugosidad (traquioniquia) y opacificación; leuconiquias y uñas friables (Fotografía 9). No existe tratamiento específico. Cuando se resuelve la alopecia, generalmente de forma espontánea, se curan las uñas. Puede asociarse con “la distrofia de las 20 uñas”.



SISTEMA PODOLÓGICO

O Sistema Podológico fornece uma solução prática e eficaz para escolas, clínicas e consultórios de podologia que buscam informatizar a sua clínica, escola ou consultório. Algumas características do sistema:

- Acompanhamento de Fichas de Anamnese;
- Anotações dos Atendimentos;
- Agendamento de Consultas;
- Controle de Contas de Entrada e Saída;
- Acompanhamento Fotográfico;
- Controle de Acesso personalizado por usuário;
- Controle e Acompanhamento de Estoque;
- Facilidade na busca pelas informações cadastradas;
- Completa lista de relatórios;
- Entre outras...

Acesse nosso site e faça o download gratuito da versão **DEMONSTRAÇÃO** do sistema e conheça todas as funcionalidades.



Telefone : (19) 3534.2181
Site : www.afa.inf.br
Email : podologico@afa.inf.br


Soluções em equipamentos de informática e rede,
Sistemas Comerciais, ERPs e Nota Fiscal Eletrônica.
Acesse nosso site e comece todos os nossos produtos e serviços.

A venda no nosso Shop: www.shop.mercobeauty.com em 6 x sem juros !!!

Beauty Fair.

Beleza sempre em movimento.

De 10 a 13 de Setembro de 2011
Expo Center Norte - São Paulo-SP



Beauty Fair, a maior e mais completa feira profissional de cosméticos, beleza e bem-estar das Américas. Tendências, novidades, lançamentos, conteúdo educacional e negócios.

Beauty Fair é mais que uma feira de beleza, é um acontecimento. Você não pode perder a 7ª edição deste grande evento.

Evento exclusivo para profissionais do setor.



— BEAUTY FAIR —

Feira Internacional de Cosméticos e Beleza

www.beautyfair.com.br

Tel.: 11 3373-4633

Enfermedades autoinmunes

El Pénfigo y el Pénfigoide pueden asociarse con una diversidad de cambios entre los que se incluyen surcos, grietas de la placa ungueal y atrofia en algunas o en todas las uñas. El Lupus puede dar decoloración de la uña y friabilidad.

Enfermedades generales con afectación ungueal

Cambios ungueales en enfermedades sistémicas

En las enfermedades agudas se observa una línea transversal atrófica que recibe el nombre de línea de Beau. La onicomadesis puede aparecer en cualquier enfermedad grave, produciendo un desprendimiento de la uña.

Enfermedades crónicas

La alteración del cuerpo de la uña en forma de cuchara o en palillo de tambor (Fotografía 10) afecta los tejidos blandos de la falange terminal con presencia de inflamación y aumento del ángulo entre la placa ungueal y el pliegue. Se asocia a problemas respiratorios crónicos, cardíacos cianóticos y gastrointestinales. Ocasionalmente es hereditaria, si afecta unilateralmente puede estar asociada a anomalías vasculares.

Cambios de color

En enfermedades hepáticas las uñas pueden tener un color blanco (leuconiquia) debido a una hipoalbuminemia.

En la insuficiencia renal se observa una decoloración marrón. En la ictericia adopta una coloración amarillenta, siempre se debe realizar diagnóstico diferencial con el síndrome de las uñas amarillas que suele asociarse con anomalías del drenaje linfático. Los fármacos pueden causar cambios en la coloración, por ejemplo la tetraciclina da color amarillo, los



antipalúdicos decoloración azul y la clorpromazina color marrón. Las estrías longitudinales de coloración marrón frecuentemente se observan en razas de piel pigmentada, especialmente después de un traumatismo. Este hallazgo es raro en los caucásicos y puede deberse a un nevus melanocítico, enfermedad de Addison o a un lentigo asociado. Pero no olvidemos el melanoma ungueal, puede aparecer como una estría longitudinal de color negro o marrón oscuro.

El signo de Hutchinson con pigmentación se extiende a los tejidos circundantes, especialmente la cutícula.

Lesiones adyacentes a la uña

Los quistes mixoides

Se desarrollan subcutáneamente en las articulaciones interfalángicas distales, encontrándose adyacente a la uña, provocando anomalía en su crecimiento.

Estos se desarrollan como una extensión de la membrana sinovial y están enlazados a la articulación mediante una estructura fina. Es preciso realizar una escisión muy meticulosa para la curación.

Las verrugas

Pueden localizarse en el periniquio (verrugas periungueales) o en el hiponiquio (verrugas subungueales). Son más frecuentes en pacientes con la costumbre de morderse las uñas o manipularse las pieles.

La lámina ungueal puede deformarse por compresión al crecer la verruga. Se trata de un proceso de difícil tratamiento, ya que en la localización periungueal un tratamiento demasiado agresivo, con curetaje o electrocoagulación, puede producir lesiones en la matriz y distrofia ungueal secundaria permanente, y en las subungueales el acceso suele ser difícil. La opción terapéutica más acertada suelen ser los queratolíticos tópicos con ácidos láctico y salicílico, aunque en los casos más recalcitrantes pueden combinarse con crioterapia y/o bleomicina intralesional.

Los nevus

Pueden ser en forma de nevus melanocítico benigno en forma de estría pigmentada. El melanoma subungueal puede producir una considerable pigmentación y ser causa de pigmentación de la cutícula, denominada síndrome de Hutchinson. En ocasiones es amelanocítico, por lo que no se produce cambios pigmentarios.

Las exostosis subungueales

Pueden causar una lesión con frecuencia muy dolorosa bajo la uña. Se confirma con radiología.

Los tumores glómicos

Se originan como nódulos sensibles al tacto. Los fibroqueratomas periungueales

También se desarrollan en pacientes con esclerosis tuberosa.

Puntos Clave

1 El diagnóstico de las lesiones ungueales se basa en el aspecto clínico.

2 Las onicomiosis y la psoriasis son las causas más frecuentes de distrofia ungueal (onicólisis, hiperqueratosis subungueal). Para diferenciarlas, en ausencia de lesiones típicas de psoriasis, casi siempre es necesario realizar un cultivo micológico. La presencia de pitting y la afectación de múltiples uñas orientan hacia psoriasis.

3 La psoriasis es un trastorno crónico que se produce por una predisposición poligénica en combinación con factores desencadenantes, como por ejemplo, traumatismos, infecciones o medicamentos.

4 El liquen plano es una enfermedad inflamatoria eritematodescamativa crónica muy pruriginosa y para su tratamiento puede ser útil el uso de antihistamínicos de primera generación con efecto sedante. La transformación maligna del liquen plano erosivo de la boca es poco frecuente pero no hay que olvidarla. Ello nos obliga a realizar controles periódicos de los pacientes con liquen plano oral.

5 Los eczemas que afectan la parte distal de los dedos pueden dar lugar a cambios ungueales persistentes que pueden simular una onicomiosis o incluso una psoriasis.

6 Las candidiasis están producidas por levaduras del género *Candida*. La *Candida albicans* es la más habitual.

7 La paroniquia candidiásica o panadizo crónico afecta a personas que mantienen las manos en contacto con agua de forma continuada. Además del tratamiento, es fundamental evitar la humedad.

8 El diagnóstico de melanoma subungueal gen-

eralmente se demora, por lo que es importante sospecharlo ante todo tumor de localización subungueal y ante cualquier melanoniquia.

9 Un tumor subungueal doloroso con gran probabilidad es un tumor glómico o una exostosis.

10 Las verrugas periungueales son muy recalcitrantes, aunque suelen autorresolverse al cabo de los años. Los tratamientos agresivos pueden producir deformidad definitiva de la matriz ungueal, y por ello se recomienda empezar siempre con queratolíticos durante unos meses.

Dra. M. Mar Ballester Torrens

EAP Ramón Turro. Barcelona. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Trabajo de Dermatología y Anticoagulación Oral. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfic).

Dra. Montse Andreu Miralles

EAP Amposta. Tarragona. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Trabajo de Dermatología y Medicina Rural Rural Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Coordinador:

Dra. Francisco Muñoz González

Médico Especialista en MFyC. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid.

Fuente: elmedicointeractivo.com

Bibliografía

1. Peyrí J. Patología ungueal. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica 1999; 185-192.
2. Martínez de Salinas Quintana A, Roncero M, de Unamuno Pérez P. Problemas dermatológicos frecuentes en los ancianos (II) FMC. 2006; 13(6): 279-86
3. López Municio F. Alteraciones en las uñas. En: Jordi Espinàs. Guía de actuación en Atención Primaria. semFYC. 3ª ed. 2006.
4. Ruiz R, Blasco J, Sánchez D. Distrofia de las 20 uñas. Jano. 2006; 0: 49.
5. Tosti A, Piraccini BM. Treatment of common nail disorders. Dermatol Clin 2000; 18: 339-48.
6. Sola MA, Ribera M. Onicomiosis. Piel 1996; 27: 133-140.
7. Linares MJ, Moreno JC, Solís F, Casal M. Clasificación de las infecciones fúngicas. Características microbiológicas de interés clínico. Estudio de resistencia. Infecciones fúngicas superficiales Medicine. 2006; 09: 3683-92.
8. Ferrándiz C. Dermatitis eritematoescamosas (I). Psoriasis. Eritrodermias. En: Ferrándiz C, ed. Dermatología Clínica 2ª ed. Madrid, Harcourt 2001, pp.

165-175.

9. Martí RM, Casanova JM, Astals M, Baradad M. Etiopatogenia de la psoriasis. *Clinicas Dermatológicas de la AEDV* 2004; 2: 34-51.

10. Nickoloff BJ, Nestle FO. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. *J Clin Invest* 2004; 113: 1664-75.

11. Fitzpatrick TB. *Dermatología en medicina general*. 5ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2001.

12. Casanova M, Ribera M. Tratamiento tópico de la psoriasis. *Piel* 1999; 14: 494-503.

13. Casanova JM, Ribera M. enfermedades de la piel 2002/1. FMC protocolo.

14. Fonseca E. Psoriasis. Protocolo terapéutico. (En

línea) (fecha de consulta enero 2007). Disponible en www.especialistadermatologia.com

15. Joish VN, Armstrong EP. Which antifungal agent for onychomycosis? A pharmaco-economic analysis. *Pharmacoeconomics* 2001; 19: 983-1002.

16. Gupta AK, Ryder JE, Baran R. The use of topical therapies to treat onychomycosis. *Dermatol Clin*. 2003; 21: 481-9.

17. Llambrich A, Lecha M. Tratamiento actual de las onicomicosis. *Rev Iberoam Micol*. 2002; 19: 127-9.

18. Baran R, Kaoukhov A. Topical antifungal drugs for the treatment of onychomycosis: an overview of current strategies for monotherapy and combination therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005; 19: 21-9.



Visite nosso Shop Virtual
www.shop.mercobeauty.com



Mag Estética

Beleza feita com Arte

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Não tenha medo de mostrar seus pés

Mag Pé

Aparelho para Podologia, Manicure e Pedicure

- Motor ultra-potente até 21.100 rpm: com regulagem para mãos e pés;
- Fonte bivolt com ajuste para rotações nos sentidos horário e anti-horário (facilita a retirada de cutículas);
- Acompanha brocas diamantadas e lixas;
- Aparelho anatômico do tipo caneta.



Tel.: (11) 2061-7763



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

www.magestetica.com.br



Mag Estética

Beleza feita com Arte

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Pioneira em Micropigmentação no Brasil



Cursos de maquiagem definitiva

Torne-se um micropigmentador de sucesso com a Mag Estética

Curso Básico

Único no país que inclui o ensino de laserterapia, que acelera os processos de cicatrização e fixação de pigmentos.

Curso de aperfeiçoamento - 1

Aprenda técnicas especiais de pigmentação de sobrancelhas, olhos, lábios e conheça modernas técnicas de camuflagem e correção de assimetrias.

Curso de aperfeiçoamento - 2

Nessa etapa, aprenda a camuflar diferentes tipos de cicatrizes, manchas de vitiligo e a reconstruir o complexo aréolo-mamilar pós-cirurgias.

Os melhores cursos de estética e beleza estão aqui

Cursos Livres



- Estética Facial (Básico);
- Estética Corporal (Básico);
- Reflexologia Podal;
- Manicure e Pedicure;
- Unhas de Porcelana;
- Pedicuro Calista;
- Aperfeiçoamento em Pedicuro Calista.

**Inscrições
Abertas**

Cursos Técnicos 2009



Esteticista 1.200 Horas

Podologia 1.200 Horas

Os cursos técnicos são uma ótima opção para quem deseja adquirir conhecimento do básico ao avançado com um único curso.



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

Tel.: (11) 2061-7763

www.magestetica.com.br

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 DIDÁTICOS

40 x 30 cm



ESQUELETO
DEL PIE 1
ESQUELETO
DO PÉ 1



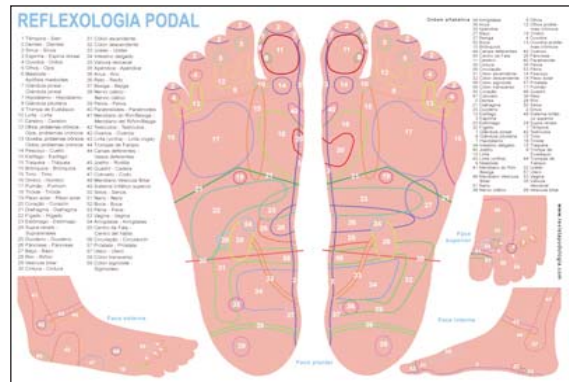
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSIS



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

Email: revista@revistapodologia.com - revistapodologia@gmail.com

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

Tel.: #55 - (19) 3365-1586 - Campinas - SP - Brasil