

revista podología .com

Nº 13 - Abril 2007

Revista Digital de Podología

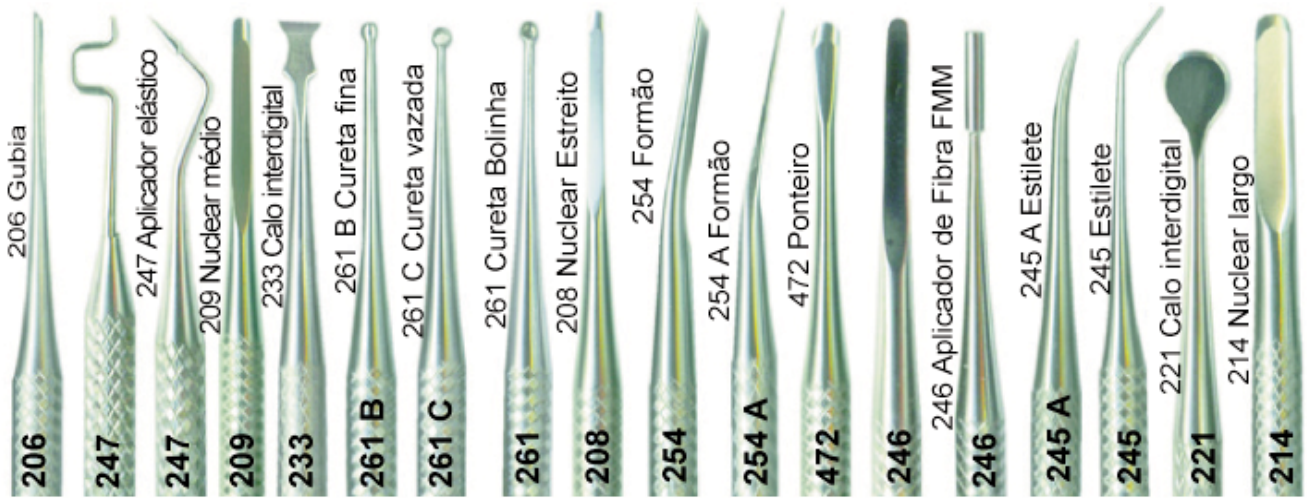
Gratuita - En español





Instrumentais podológicos finos e produtos inovadores para o ramo da saúde dos pés, para fazer intervenções mais simples e eficazes.

Telfax: (#55-11) 3906-0273 / 3909-7519 - São Paulo - Brasil



Inst. p/ Manicures



Tesouras, mathie, castroviejo, pinças, etc.

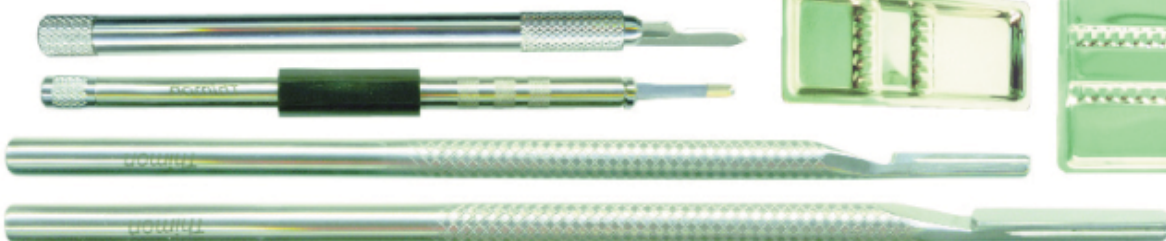


Dapen inox



Bandejas Inox

Cabos para lâminas descartáveis



Estamos cadastrando distribuidores. Telfax: (#55-11) 3906-0273 / 3909-7519 - thimon@uol.com.br

revistapodologia .com

revistapodologia.com n° 13
Abril 2007

Directora científica
Podóloga Márcia Nogueira

Director comercial: Sr. Alberto Grillo

Colaboradores de esta edición:

Podóloga Patricia Salerno. **Argentina.**
Podólogo Jorge García Moreno. **Argentina.**
Podólogo Marco A. Cuello Cardoza. **Chile.**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 34.

Tapa: tapa da Revista Podologia
Argentina n° 5 - Abril de 1997.

ÍNDICE

Pag.

3 - Podopediatria.

6 - El desarrollo del pie. Parte II.

33 - Patologías geriátricas.

34 - Metatarsalgias.

Podologia Hoje Publicações Ltda.

Tel: #55 19 - 3365-1586 - Campinas - Brasil

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

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

Podopediatria.

Podologo Marco Antonio Cuello Cardoza. Chile.

Las alteraciones ortopodológicas y onicodactilares que se desarrollan en los niños son bastante frecuentes. Por lo tanto debemos aplicar todas los recursos técnicos y humanos necesarios para permitir que en los primeros años de vida el infante pueda solucionar en forma definitiva las alteraciones onicodactilares u ortopédicas, que en el transcurso de la vida harán para el un camino tortuoso y de difícil solución.

Es en esta etapa donde debemos proyectarnos y anticiparnos a las complicaciones realizando un estudio minucioso de acuerdo a los antecedentes clínicos y familiares detectados en la valoración previa.

El constante crecimiento del pie del niño, especialmente en los primeros 6 años de vida, que evoluciona y crece cada 8 semanas nos permite realizar tratamientos que a corto plazo nos den resultados óptimos. Especialmente los relacionados con la acentuada curvatura de la uña, motivo frecuente de consulta de los padres.

Estas marcadas curvaturas, tienen su etiología más predominante en el uso de calzado inadecuado, forzando el pie de los niños a adaptaciones viciosas de los dedos, por consiguiente rotación de su eje natural (para acomodar el pie dentro del calzado). Si a esto se le suma la presencia o uso de calcetines muy ajustados tendremos como resultado un pie sometido a presiones y superposiciones viciosas.

Otro factor frecuente es la marcada tendencia hereditaria de patologías ungueales y ortopédicas. Que sin duda, con la sumatoria del calzado, terminara a corto plazo con un pie que desarrollara inevitablemente alteraciones que pueden recidivar en el tiempo.

El desarrollo y evolución de las técnicas podológicas ha puesto a nuestra disposición innumerables alternativas de tratamientos, entre los cuales destacaré los que a nuestro juicio y experiencia clínica nos han dado resultados inmediatos o a corto plazo.

De esta manera evitaremos que nuestros pequeños pacientes sean sometidos a inevitables procedimientos quirúrgicos, que marcaran tanto a su familia como los pequeños dedos de nuestros pacientes.



Caso 1 - José



Caso 1 - José



Caso 1 - José

Se describe técnica de corrección de curvatura de la uña con botones de uso en ortodoncia. Ortoniquia (uña derecha).

CASO 1

Paciente:

José Ignacio, de 6 meses.

Curvatura exagerada de las láminas de las uñas en ambos hallux.

Perionixitis en el canal ungueal interno.

El paciente es controlado por su pediatra y derivado al cirujano para desarrollar protocolo de cirugía ungueal con plastia bilateral de matriz.

Procedimiento podológico:

Aplicación de banda tensora elástica encadenada con sujeción de botones bilaterales.

Tres semanas de uso de tensor elástico.

Resultado:

El resultado es evidente (ver fotos). Es derivado nuevamente a cirugía infantil de manera de mostrar al equipo médico de nuestra labor.

Es dado de alta a las 4 semanas.

CASO 2

Paciente:

Lucas, 8 años, practica artes marciales.

Ha sido derivado al cirujano traumatólogo para realizar la alineación del 2º dedo del pie derecho.

Presenta una infra-aducción del 2º dedo e hiper-extensión del hallux e calcáneo valgo bilateral.

Procedimiento podológico:

Moldeado de ortesis poli digital en silicona semi-blanda.

Plantilla ortopédica diseñada a partir de podoscopia digital.

6 meses de uso de masa moldeada.

Resultado:

Alineación casi completa de sus dedos, evitando una solución quirúrgica.

Debe continuar con tratamiento durante los próximos 18 meses.

CASO 3

Paciente:

Martín, 8 meses.

Tratado por medico pediatra por proceso inflamatorio de sus hallux.



Caso 2 - Lucas



Caso 2 - Lucas



Caso 2 - Lucas



Caso 2 - Lucas

Derivado para cirugía digital con anestesia general.

Presenta. Onicocriptosis con rodetopatía a izquierda (rodete interno) y rodetopatía a derecha (canal interno). Antecedentes directos del padre con patologías similares.

Procedimiento podológico:

Con orden médica. Se realiza rodeto-plastia bilateral y aplicación de fenol en el canal interno bilateral. Con anestesia local troncular.

Resultado:

Al mes se da el alta del procedimiento y después de 6 meses alta definitiva.



Caso 3 - Martín - Pie izquierdo, antes.



Caso 3 - Martín - Pie izquierdo, después.



Caso 3 - Martín - Pie derecho, antes.



Caso 3 - Martín - Pie derecho, después.

www.revistapodologia.com

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

**Desde 1997 na internet
informando os profissionais
da saúde e a estética do pé.**

Productos, Guia de Empresas, Guia de Profesionales, Guia de Eventos, Guia de Instituciones, Donde Estudiar: cursos ... y mucho mas !!!

El Desarrollo del Pie. Parte II (fin).

Podólogo Jorge García Moreno. Argentina.

LESIONES DEL PIE

Ocurren en cualquier estructura cuando las fuerzas que les son impuestas resultan mayores que su potencia inherente. En el pie se producen cuando es sometido a exceso de trabajo, y sus efectos pueden manifestarse en articulaciones, ligamentos o músculos, mediante alteraciones inflamatorias de mayor o menor severidad en proporción al grado de esfuerzo. Así cuando este es brusco y severo puede dar por resultado una dislocación, o la rotura de un ligamento o músculo, mientras que si su acción es lenta y gradual, puede originar el forzamiento progresivo de una articulación o la elongación de un ligamento.

Un pie normal, sometido a un uso normal, tiene un margen considerable de capacidad fisiológica, que permite una moderada hiperactividad intermitente.

En la adolescencia y comienzos de la vida adulta, el aumento de actividad, si es graduado y con adecuados periodos intermitentes de descanso, da por resultado un aumento de la potencia muscular y de la fuerza de los ligamentos.

El ejercicio graduado, alternado con reposo, es el principio básico del entrenamiento físico. Las lesiones ocurren en el pie cuando se hacen excesivas demandas al mismo de modo demasiado brusco o muy tardíamente. La respuesta es adaptativa a la función y se manifiesta principalmente con inflamación de músculos, ligamentos y partes blandas subcutáneas.

Los esfuerzos impuestos a los músculos pueden producir una forma de miositis que causa dolor, sensibilidad, y algunas veces calambres en sus vientres musculares, tenosinovitis en sus vainas tendinosas con rigidez y dolor al movimiento o inflamación a nivel de sus inserciones.

El esfuerzo impuesto a los ligamentos y fascias causa su hiperdistensión, con la inflamación resultante a nivel de sus inserciones y también posiblemente dentro de su misma estructura. Los esfuerzos impuestos a los tejidos subcutáneos acarrearán la lesión de los paquetes fibroadiposos a nivel del talón y de las cabezas metatarsianas.

La extensión en la que el pie puede sufrir lesiones y el tipo de estructura afectada principalmente por las mismas, dependen del tipo de

pie y la naturaleza de la lesión. En los pies de estructura laxa y elástica, los ligamentos y las fascias están relativamente relajados y son menos susceptibles a la hiperdistensión, así que los efectos de los excesos de trabajos recaen principalmente sobre las estructuras no elásticas; es decir los ligamentos y fascias.

El esfuerzo de la excesiva permanencia en pie recae sobre los ligamentos, mientras que los de caminar o correr en demasía actúan principalmente sobre los músculos. Los esfuerzos pueden afectar solamente una estructura, o un grupo de ellas.

Por ejemplo el tibial anterior puede estar particularmente afectado en el caso de un soldado joven que lleve botas pesadas durante largos periodos y este sometido a caminatas y marchas a las que no se halle acostumbrado. La lesión ocurre aquí principalmente por el peso adicional que tiene que ser levantado cada vez que el pie es llevado a la flexión dorsal.

Similarmente el ligamento deltoideo aislado puede llegar a lesionarse si el pie es evertido bruscamente. Alternativamente, puede llegar a sufrir un grupo muscular como ocurre cuando, por ejemplo, se adopta un paso anormal, para evitar una lesión dolorosa. En contradicción con estas formas particulares de lesiones, sin embargo, el término "lesión del pie" connota una condición en la que las partes blandas están en general afectadas y el pie en conjunto está seriamente alterado en su función.

Se reconocen dos formas clínicas de esta afección: aguda y crónica. La variedad aguda ocurre principalmente en la adolescencia o en los comienzos de la edad adulta, y se caracteriza por los síntomas agudos y una iniciación rápida. La variedad crónica se ve en personas de edad media o más tarde en quienes hay usualmente exceso de peso y los síntomas son menos agudos y la iniciación más gradual.

CAUSAS

Pueden clasificarse en los cuatro grupos siguientes:

1. Vocacional:

El trabajo inicial de los adolescentes como

aprendices, mensajeros o empleados de supermercados; adultos que pasan largas horas sobre sus pies y/o llevando cargas pesadas, como sucede con las amas de casas, nurses, policías, porteros y mozos.

2. Sistemática:

En pacientes con debilidad general, como por ejemplo después de enfermedades y con desarrollo muscular pobre y en los obesos.

3. Defectos de los pies:

Los defectos de estructura o postura predisponen al pie a lesionarse por tornarlo inestable, y así inadecuado para soportar los niveles incluso normales de actividad.

La presencia de lesiones dolorosas en el pie pueden inducir a adoptar un paso anormal como medida de protección, que puede resultar en una lesión del pie de carácter general.

4. Contribuyentes:

Las superficies duras alteran las articulaciones y partes blandas que integran el mecanismo absorbente de injurias del pie, y particularmente se afectan los policías y carteros.

Las superficies indebidamente blandas, tales como alfombras espesas, demandan un esfuerzo mayor de energía muscular y contribuyen así a los daños musculares en mozos y camareros.

Las atmósferas calurosas agravan cualquier inflamación resultante de lesiones, como el caso de cocineros y fogoneros; el descuido en el tipo de calzado que dan un sostén inadecuado al pie como las zapatillas, y el empleo de zapatos con suelas muy delgadas son hábitos comunes en las amas de casa.

Y los cambios bruscos de tacos altos a otros bajos pueden también ayudar a precipitar las lesiones.

LESIÓN AGUDA DEL PIE

En esta situación el paciente se queja de dolor y cansancio en los pies, primero solamente hacia el final del día, pero al continuar la actividad aparece más tempranamente y empeora rápidamente.

En sus comienzos, los periodos de reposo calman los síntomas, pero al empeorar la situación la inactividad induce a la rigidez en los pies y tobillos, particularmente por las mañanas pero sin embargo desaparece con ejercicios, tan solo para retornar más tarde.

Frecuentemente, el paciente se queja de sentir los pies muy calientes y "quemantes" y con exce-

siva sudoración. Al examen los pies están calientes y sensibles al tacto, y usualmente son hiperidroticos. Los puntos específicos de sensibilidad son susceptibles de hallarse a nivel de las inserciones del ligamento calcáneo-escafoideo inferior, la fascia plantar, y a nivel de las articulaciones tarsianas medias, y también en los vientres de los músculos de las pantorrillas, o en el tendón de Aquiles.

Puede notarse hinchazón y congestión venosa, particularmente debajo del empeine. Pueden no hallarse modificaciones anormales de los contornos al soportar el peso del cuerpo. Estos síntomas son el resultado de la inflamación traumática de articulaciones, ligamentos y músculos, por exceso de esfuerzos, con efusión serosa en los espacios intersticiales.

Junto con la historia clínica, establecen el diagnóstico. Su significación en la deambulación, y en el derrumbe progresivo del pie están impresos en el paciente.

La primera parte del tratamiento es reducir la inflamación. El descanso es de importancia primordial, y si es posible, se aconsejara reposo absoluto en cama durante unos pocos días hasta que cedan los síntomas agudos. Los baños de contraste dos o tres veces diariamente son útiles para promover la absorción y drenaje, y eliminar el dolor y la rigidez. Tan pronto la inflamación haya cedido suficientemente, se aplicaran un acolchado de silicona y un vendaje para sostener los tejidos lesionados y se indicara una actividad graduada cuidadosamente. El vendaje se aplicara desde inmediatamente por detrás de los dedos hasta por arriba del tobillo, incluyendo totalmente pie y tobillo; y durante su aplicación al pie deberá ser sostenido ligeramente invertido. Puede incluirse en este vendaje, si se desea, un acolchado suave de fieltro debido a la naturaleza elástica del material, la durabilidad de esta inmovilización esta limitada a una semana o diez días.

Tan pronto el pie esta substancialmente libre de dolor, se eliminara el vendaje y se indicaran ejercicios graduados para fortalecer los músculos, si es necesario, se seguirá con el sostén temporario mediante almohadillados de soporte insertos dentro del calzado.

Es esencial que los ejercicios sean prescriptos con exactitud y se les apliquen inteligentemente para que sean de real valor; el paciente será examinado frecuentemente y se le hará demostrar el programa de ejercicios de modo que sus defectos puedan ser observados y corregidos.

También se considerara la eliminación si es posible de las causas básicas del proceso. Un

cambio, una modificación en la ocupación puede ser aconsejable para evitar el prolongado soporte del cuerpo sin descanso. Si esto fracasa se indicara a la mayoría periodos de descanso manteniendo elevados pies y piernas todo lo que sea posible. Puede ser necesario algún dispositivo permanente de soporte durante las horas de trabajo, pero a ello debe agregársele alguna restricción de actividades.

En casos de debilidad general u obesidad, se indicara recurrir al medico. Si existe cualquier defecto del pie se le remediara en la medida de lo posible, o de otro modo se le buscara alguna forma de adaptación para reducir sus efectos perniciosos sobre el pie en con junto. Se aconsejaran zapatos bien adaptados, con cierre de cordones, y contrafuertes firmes.

LESIÓN CRÓNICA DEL PIE

La afección es común entre las personas de edad media y senil.

Usualmente hay una larga historia de dolor de pies, y con frecuencia también en las piernas, muslos y parte baja de la espalda, que es muy variable en carácter, grado y duración.

En sus formas directas, la incomodidad es intermitente y puede no ser más que un dolor

vago y cansancio. En los casos más graves el dolor es más o menos constante y hace que una actividad sostenida resulte intolerable.

En los pies, el dolor es típicamente referido a los tobillos y al arco longitudinal pero los síntomas del antepié están también comúnmente presentes bajo forma de metatarsalgia, callosidades plantares y helomas. Al soportar el peso del cuerpo, el pie es inestable y usualmente tiende a aplanarse y elongarse a medida que las pequeñas articulaciones del tarso enfrentan excesivamente el peso sobrepuesto las venas debajo del arco longitudinal y en torno a la articulación del tobillo muestran frecuentemente signos de varicosidad.

El paciente es comúnmente de peso excesivo, o da una historia de prolongado soporte de peso corporal. En la mayoría de estos casos la afección se ha desarrollado insidiosamente a lo largo de un prolongado plazo, resultando eventualmente, el persistente padecer en la distensión y relajación de los ligamentos de sostén, de modo que el pie ya no es estructuralmente estable.

En las etapas finales, las pequeñas articulaciones del tarso pueden ser asiento de discretas alteraciones artríticas. Las modificaciones patológicas se hacen entonces irreversibles y el tratamiento es dirigido a aliviar los síntomas. El proceso linda con el pie ligamentoso, que se



EL ESTETICISTA

elesteticista@suavepie.com

				
Aductor Nocturno	Pedígrafo	Gel Polimérico	Arandelas y Parches	Moleskin
				
Alicates	Compensador Estadina	Cosmética Pédica	Soportes de Cuero	Descargas y Complementos

Distribuidor en toda la Argentina de Suavepie-Juvelets...y mas de 300 articulos
Para Comercio Exterior haga su consulta en suavepie@suavepie.com

describa más adelante.

En las etapas iniciales de tratamiento están indicados los vendajes y almohadillados adhesivos según las lineaciones generales sugeridas para tratar los casos agudos como medida temporaria para mejorar el dolor de pies y tobillos, y proteger las lesiones plantares dolorosas. Sin embargo, tan pronto el pie se halle relativamente cómodo, se requieren formas más permanentes de sostén y protección, incorporando los detalles del almohadillado temporario que hayan demostrado ser más exitosos.

Los soportes hechos individualmente en base a moldes de yeso son indudablemente los más satisfactorios. El principio esencial del tratamiento es el soporte del arco longitudinal suficientemente como para prevenir que asuma una actitud de deformación al soportar el peso corporal, liberándolo por consiguiente del sufrimiento a nivel de sus ligamentos, y controlando la elongación excesiva, que es principalmente responsable de los síntomas dolorosos en el antepié. Este sostén estará dado por un almohadillado bien adaptado debajo del empeine, de una estructura suficientemente firme como para no ceder a la presión ni ser tan dura como para resultar intolerable.

De acuerdo con el peso y las actividades del paciente pueden usarse con este propósito fieltro, goma o cuero, insertando el dispositivo o incluyéndolo en una plantilla, de modo que pueda pasarse de uno a otro zapato. Además, puede incorporársele un almohadillado para proteger las lesiones metatarsianas.

Se aconsejara al paciente que regule sus actividades para evitar excesos en la medida de lo posible, y también que elija un calzado adecuado el que, además será provisto de un refuerzo para proveer de un firme sostén al sopor te interno. Se pedirá el consejo medico en presencia de cualquier factor de índole general, tal como obesidad o debilidad general.

Las lesiones asociadas requieren una atención periódica.

DEFECTOS ESTRUCTURALES Y POSTURALES QUE AFECTAN AL PIE

La costumbre bien establecida de designar las incapacidades por su detalle clínico más característico produce alguna confusión cuando hechos clínicos similares resultan de factores etiológicos y patológicos diferentes.

En ninguna parte es ello más evidente que en lo que respecta al complejo de alteraciones del pie descritas diversamente como pie plano, pie

valgo, pie plano valgo, tobillo valgo, probación, etc.

Puede disminuirse esta confusión si se tiene en cuenta que tales términos son simplemente descriptivos de una actitud o postura y no constituyen un diagnóstico.

Con el propósito de establecer diagnósticos de estas alteraciones, se hará referencia al criterio básico de la estructura normal y función normal, es decir:

Estabilidad estructural, o sea la inherente estabilidad de la estructura del pie mantenida por la disposición normal de los huesos y ligamentos del pie y

Estabilidad postural, es decir, la relación correcta del pie con respecto a la pierna, mantenida por el equilibrio muscular, y la forma y alineación de los huesos de la pierna.

Este método de abordaje hace más fácil discriminar entre las muchas diferentes condiciones referidas comúnmente a dichos términos, y también a subdividir las, de acuerdo a la naturaleza del error esencial ya sea como defectos intrínsecos de estructura o a defectos extrínsecos de postura, las principales perturbaciones en cada grupo son como sigue:

A- DEFECTOS DE ESTRUCTURA:

- 1- Pie plano ligamentoso.
- 2- Primer metatarsiano incompetente.
- 3- Pie plano congénito.
- 4- Pie plano traumático.
- 5- Sinostosis del tarso.

B- DEFECTOS DE POSTURA:

- 1- Desequilibrio muscular.
- 2- Torsión tibial.
- 3- Genu valgo.
- 4- Genu varo.

Los defectos estructurales y posturales tienden a predisponer los unos a otros y coexisten con frecuencia, de modo que en un caso establecido no es siempre posible distinguir entre factores primarios y secundarios.

Por ejemplo, el genu valgo y el pie plano ligamentoso a menudo ocurren juntos favoreciendo la presencia del uno al desarrollo del otro.

En el análisis clínico de tales alteraciones es conveniente establecer distinciones entre los tres siguientes factores clínicos:

Aplazamiento de la curva esquelética:

Del arco longitudinal en un grado que es anor-

mal para un pie en particular, ya sea de arco mediano, alto o bajo. En casos extremos, los huesos del tarso del lado interno hacen contacto con el suelo de manera que la concavidad del arco desaparece.

Esto representa una rotura de la estructura ósea y ligamentosa del pie; es decir un caso de inestabilidad estructural.

Una actitud de valgo en el pie:

En la cual el pie es forzado en una postura de eversion por el peso corporal sobrecargado. Observando desde atrás se hace aparente una angulación entre el eje de la pierna y el del calcáneo.

Esta eversion del talón, frecuentemente pero no de modo invariable, induce a un encorvamiento hacia afuera del tendón de Aquiles, inmediatamente por arriba de su inserción, lo que se denomina "signo de Helbin".

La forma y contorno del arco óseo longitudinal pueden persistir inalterados y solamente parece ser más bajo debido a que está inclinado sobre su lado interno.

En algunos casos. Realmente, es la altura anormal del arco la que hace al pie posturalmente inestable. A menudo se usa el término "pronación" para describir esta postura del pie.

Abducción:

En la que el detalle esencial es una inclinación hacia afuera del pie sobre la pierna, formando los dos pies un ángulo substancial entre ellos. Esta posición con los dedos hacia afuera puede ser de poca o ninguna consecuencia en la posición de pie, puesto que aporta una base más amplia de sustentación al cuerpo, que si los pies estuvieran colocados juntos y paralelos. Al caminar sin embargo, la acción del peso es dirigida oblicuamente a través de los pies desde el borde externo del talón hasta el borde interno del antepié.

Esto se refleja en el desgaste anormal del zapato en estas zonas estos tres detalles clínicos se encuentran agrupados en muchos casos, aunque no en todos. Su identificación separada ayuda a determinar la naturaleza esencial de la perturbación.

A- DEFECTOS DE ESTRUCTURA

A.1. Pie plano ligamentoso

Esta afección se encuentra más comúnmente al final de la adolescencia o en la edad adulta como secuela de lesiones agudas o crónicas de los pies.

Los ligamentos plantares de sostén han llegado

a elongarse como resultado de esfuerzos persistentes de modo que el arco longitudinal se aplanan cuando soporta el peso del cuerpo. La causa excitante es el sostener una carga excesiva, más frecuentemente de un carácter vocacional.

El soporte del peso del cuerpo excesivo o prematuro en la infancia, puede ser causa contribuyente en algunos casos. El pie largo y estrecho es menos fuerte intrínsecamente que su tipo opuesto, y susceptible así de ceder ante esfuerzos continuados.

En algunos pies de este tipo el sustentáculo tali puede estar mal desarrollado de modo que la cabeza del astrágalo, especialmente si tiene también un cuello largo y labil, hace protrusion excesivamente más allá del borde anterior del calcáneo y se halla así en alguna extensión desprovisto de un sostén óseo firme.

Los efectos secundarios a los cuales puede dar lugar al aplanamiento del arco, son:

-abducción del antepié, causando afeñuscamiento y

-engarramiento de los dedos laterales con los consiguientes helomas dorsales, distales e interdigitales.

Una postura al valgo del pie sobre la pierna; dolor y durezas metatarsianas por elongación del pie y pérdida de función de los dedos, el borde interno del antepié es sobrecargado proporcionalmente y posiblemente impactado, de modo que hay predisposición al hallux valgus o hallux rigidus se describen cuatro grados:

a) Voluntario: en el cual el arco puede ser restaurado al permanecer de pie, mediante contracción voluntaria de los músculos inversores;

b) Resistente: en el cual el esfuerzo muscular es insuficiente para restaurar el arco pero la corrección puede ser hecha mediante manipulaciones por el podólogo.

c) Rígido: en el cual la manipulación falla en el remodelado del arco, debido a la presencia de adherencias y

d) Permanente: en el que las alteraciones óseas han fijado al arco en su estado aplanado. Los detalles secundarios ya descriptos son naturalmente más acentuados en las etapas finales de la afección.

El dolor es más acentuado en las etapas iniciales y esta en proporción a la lesión de los lig-

PODOLOGÍA BANEGAS



Instituto Podológico Argentino
Investigación, Desarrollo y Docencia.

Director Podólogo
Carlos Alberto Banegas

**NUEVO CENTRO DE ENSEÑANZA
CON IMPORTANTE SALÓN DE VENTAS**

CURSOS ACTUALIZADOS - TÉCNICAS EXCLUSIVAS

CURSOS

Terapeutica Podológica

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
- *Disertación con videos.*
- Diagnóstico y prevención.
 - Onicocriptosis.
 - Acriliterapia general.
- Tratamientos en general.
 - Onicomiosis:
tratamiento estético con **Poltac**.
- Manejo de instrumental.

Podologia Diabetológica

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
 - *Disertación con videos.*
- Es un programa para comenzar a formar a los podólogos como futuros educadores diabetológicos y despertar en ellos la motivación a la investigación y conocimiento permanente sobre esta patología tan importante. Los podólogos podemos especializarnos en la atención del pie del paciente diabético, en detectar, prevenir y derivar a tiempo.

Pododiagnostico Presuntivo

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
 - *Disertación con videos.*
- Como abordar la detección temprana de los 12 estadios patológicos más importantes a través de las manifestaciones en los pies.
Saber reconocer cuando las uñas tienen impresas las alteraciones que sufre el cuerpo.



Elaboración de ortesis plantares



NUEVO CURSO

Título de Asistente Podológico - Inicio: Abril
- Duración 7 meses - Vacantes limitadas.

SEMINARIOS

El podólogo como educador de la salud.
- REIKI.

INPOAR - Instituto Podológico Argentino
Investigación, Desarrollo y Docencia.

Av. Rivadavia 6380 - 1° Piso - Buenos Aires - Argentina - Horario: 10 a 20 hs.
Tel: #54 11- 4631-2044 - Email: inpoar@gmail.com - inpoar@hotmail.com

amentos, a cuyas inserciones esta principalmente referido, aparte de la incomodidad de los síntomas compresivos secundarios. Una vez que los ligamentos se han elongado y el pie ha finalmente cedido a su forma de aplanamiento, puede llegar a ser relativamente indoloro, pero la postura en valgo combinada la pérdida de la movilidad en las articulaciones del tarso da por resultado una marcha de pie plano con los pies girados hacia afuera. La consecuente pérdida de equilibrio y nivelación y elasticidad en el paso, es parcialmente compensada por la flexión exagerada de las rodillas durante la locomoción.

Puesto que los ligamentos son el principal sostén del arco óseo, el más importante objetivo del tratamiento es compensar su inadaptación mediante la provisión de un soporte externo complementario. En las etapas iniciales, puede obtenerse una rápida mejoría mediante la aplicación de almohadillados de silicona.

En el pie todavía móvil, se instituirán ejercicios y movimientos después que aquel se halle relativamente libre de dolores. El pie, sin soportar el peso del cuerpo, será ejercitado activa y pasivamente en toda la amplitud de los movimientos normales para mantener y mejorar la movilidad de las articulaciones.

El caminar en puntas de pie ejercita los músculos contra la acción de la gravedad y mejora el tono muscular contracturado de modo que aporten sostén a los ligamentos en la deambulación. Puesto que la contracción voluntaria no puede ser mantenida indefinidamente, no puede, sin embargo, esperarse la restauración de los contornos originales del arco longitudinal en el pie estático. La laxitud ligamentosa en una alteración crónica, y el arco esta permanentemente más o menos aplanado, pero el mantenimiento del tono muscular y de la movilidad articular mediante una actividad graduada asegurarán que el dolor y la limitación funcional sean mínimos.

A.2. Primer metatarsiano incompetente

El primer metatarsiano puede ser en cierta extensión incompetente como elemento de soporte del peso corporal, si resulta (A) desusadamente corto o (B) hipermóvil de modo que esta elevado en relación a las otras cabezas metatarsianas a sostener el peso corporal. Desprovisto del firme sostén de la parte interna de su pilar anterior, el pie gira hacia una actitud en valgo.

Esta, a su vez, agrega un esfuerzo adicional sobre el borde interno. El defecto puede ser compensado parcialmente mediante la flexión plantar del dedo gordo. La articulación interfalangica

se ocupa de la función de sostén del peso corporal que corresponde a la cabeza del primer metatarsiano, y al hallarse sobrecargada puede dar lugar a un heloma o a una dureza.

La articulación metatarsofalangica es mantenida más o menos rígida por el flexor corto del dedo gordo, y cierta rigidez adaptativa de esta articulación puede últimamente conducir a cierto grado de hallux rigidus o flexus.

Ocasionalmente, el dedo gordo esta flexionado en una tentativa de mantener la cabeza del primer metatarsiano en firme contacto contra el suelo. Esto puede a su vez conducir a una deformación en flexión de la articulación interfalangica en cuyo dorso puede asentarse un heloma o una bursitis.

Esta deformación del dedo gordo también puede ser congénita, o adquirida como resultado de una impacción persistente en la infancia y juventud.

La incompetencia del primer metatarsiano tiende también a producir la abducción del pie al caminar, puesto que esta postura minimiza la incapacidad del metatarsiano como palanca.

El acortamiento del metatarsiano puede ser compensado mediante una plataforma o almohadillado debajo de la cabeza del primer metatarsiano para restaurar el contacto, durante el soporte del peso del cuerpo, entre el hueso y el zapato. Puede ser previsto adaptando a una plantilla, o insertársele dentro del zapato.

Como regla general, se le combinara a un almohadillado en valguismo para sostener el borde interno y estabilizar el pie. La hipermovilidad del pie, usualmente demanda una compensación similar, ya que los esfuerzos para frenar la laxitud articular mediante vendajes son usualmente ineficaces bajo la acción del peso del cuerpo.

A.3. Pie plano congénito

En esta situación, el arco esquelético se muestra ya desde el nacimiento o la primera infancia marcadamente plano e incluso convexo en su cara plantar.

Usualmente, la radiografía revela que el astrágalo ha asumido una posición anormalmente perpendicular, de modo que su cabeza esta apuntando hacia abajo como una cuña entre el calcáneo y el escafoides. Se cree que ello es el resultado de una mal posición del pie en la vida intrauterina, yaciendo el pie en una posición de dorsiflexión extrema, con la planta flexionada contra la pared uterina, y el dorso contra la cara exterior de la pierna.

El tendón de Aquiles es anormalmente laxo. Este proceso requiere un tratamiento ortopédico precoz.

A.4. Pie plano traumático

Ocorre como deformación residual después de un traumatismo severo de talón o tobillo. Tales como fracturas en abducción o dislocaciones, o entorsis severas de tobillo.

El almohadillado protector puede ser requerido para acomodar la deformación y reducir los síntomas compresivos locales.

A.5. Sinóstosis astragalo calcánea

Es esta una anomalía de la estructura ósea que se hace aparente en la adolescencia cuando esta por completarse la osificación de estos elementos.

Toma la forma de un puente óseo entre el sustentáculo tali y la cara inferior del astrágalo. Se oblitera así el movimiento en la articulación subastragalina, y el pie es mantenido rígidamente en una posición de eversion haciendo la deambulación dolorosa e incómoda. Los peroneos pueden adaptarse por sí mismos, con el tiempo, a la pérdida de la inversion, y llegan a acortarse. El tratamiento es quirúrgico.

A.6. Sinóstosis calcáneo escafóidea

Puede desarrollarse una barra ósea similar entre el ángulo anterior interno del calcáneo y el

reborde posterior externo del escafoides. Los efectos son similares a los de la afección antes nombrada, así como el tratamiento.

B- DEFECTOS DE POSTURA

B.1. Desequilibrio muscular

La alineación normal entre el pie y la pierna es mantenida mediante el tono postural de los músculos de la pierna; los flexores y extensores controlan el equilibrio antero posterior a nivel de la articulación del tobillo, mientras los inversores y eversores controlan el equilibrio lateral interno a nivel de las articulaciones mediotarsiana y subastragalina.

La ineficacia del grupo inversor permite que el pie gire en valguismo cuando soporta el peso del cuerpo. Como defecto primario, este tipo de pie en valgo o en pronación se ve más comúnmente en los niños cuando, aunque usualmente indolora, es portador posible de una ulterior función inadecuada si no se le corrige.

A menudo forma parte de un cuadro general de mala postura en el niño con espalda redonda y pecho hundido, indicadores de una hipotonía muscular generalizada. El estrechamiento del calcáneo como pilar de sostén del peso corporal puede ser un factor contribuyente en el pie

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFECÇÕES!

HomeoPast

O tratamento com HomeoPast além de preventivo, elimina asperezas e fissuras já existentes.



RESULTADOS SURPREENDENTES!

O Legítimo Creme para Fissuras!

Altamente Hidratante e Cicatrizante
Contém Extratos de Plantas Medicinais

Mantém os pés sempre lisinhos
Ideal no tratamento de fissuras (principalmente calcanhar). Hidrata a pele de regiões ressecadas, como cotovelos, mãos e pés.

Um descanso para os pés!



Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.
Distribuídos por: HomeoMag
PODLOGIA ESTÉTICA
Novo Telefone: (11) 6604-3030
www.homeomag.com.br
atendimento@homeomag.com.br
ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL



HomeoFeet
Protetor para hidratação
Novidade!



Tenha todos os nossos produtos em sua clínica!

Loção Emoliente **Hidratantes com Cera de Abelha e Silicóne** **Gel Hidratante Calmante** **Creme para Fissuras** **Amolecedor de Cutículas** **Loção Hidratante c/ Mentol**

Novo Embalagem!

PONTOS DE VENDA PARA PROFISSIONAIS: Belo Horizonte/MG: Podoplus (31) 3292-8507 Campinas/SP: CAP (19) 3237-5396 Campo Grande/MS: Prisma Cosméticos (67) 3384-2355 Curitiba/PR: Casa Costa (41) 3016-1141 Florianópolis/SC: Wed (48) 3224-1626 Fortaleza/CE: SR Bastos (85) 3226-7492 Porto Alegre/RS: D&D (51) 3227-6767 Rio de Janeiro/RJ: Podoplus (21) 2254-1394 Santo André/SP: Podoplus (11) 4972-3857 São Paulo/SP: Metalúrgica Freitas (11) 3672-2469 / Podoshopping (11) 5562-9053 / Podomel (11) 3106-3152

inmaduro.

Los músculos del tronco y la pelvis afectan las relaciones del pie con la pierna. Así la laxitud postural general del tronco produce una inclinación anterior de la pelvis, con relajación de los músculos glúteos, permitiendo que el muslo y la pierna giren hacia adentro con los maléolos mientras que el resto del pie es fijado mediante la presión del suelo.

Como resultado de la mal posición del pie, los esfuerzos del sostén corporal, actúan excesivamente hacia el borde interno, así que los ligamentos están en peligro de ser dañados además de las inserciones de los inversores ya ineficaces.

Esta posibilidad de sufrimiento esta grandemente aumentada al deambular, pues el peso pasa adelante hacia el lado interno del antepié y el esfuerzo excesivo viene a ser tolerado sobre la cabeza del primer metatarsiano y el dedo gordo. Si el borde interno del antepié resulta en cualquier grado, incompetente como palanca, como en el caso de un primer metatarsiano corto o hipermovil, o por pronación del antepié, el grado de pronación es necesariamente más acentuado.

Además, debido a la actitud en valgo del pie, el empuje del paso es transmitido a través del borde interno más que de la cara plantar del dedo gordo, tendiendo así a forzar a este en una posición en valgismo. Una consecuencia ulterior de la debilidad del tibial anterior es que pierde parte de su potencia como flexor dorsal del pie, y obliga así a los extensores largos de los dedos a trabajar con exceso en compensación. Ello a su vez, produce retracción de los dedos, y aumenta su posibilidad de padecer helomas dorsales así como reduce su eficacia como palancas de modo que las cabezas metatarsianas están sometidas a un sostén del peso corporal aumentado. Los lumbricales e interoseos están dominados por los extensores extrínsecos más poderosos llegando a quedar exhaustos e ineficaces y de ese modo incapaces para mantener los dedos en la posición normal erecta.

El tratamiento local esta destinado a evitar la mala posición del talón al soportar el peso del cuerpo mediante el agregado de una cuña en el lado interno del taco, y a mejorar el tono muscular de los inversores mediante ejercicios.

Esta contraindicado el sostén directo del arco longitudinal. La cura en el taco (de 1/16 a 3/16 de pulgada) se aplicara tan cerca del pie como se pueda. Y de preferencia en el interior del calzado, ya sea aplicada a la zona del talón o adaptada a una plantilla removible, se realizaran ejercicios de inversión para colocar las plantas de los pies en oposición, estando de pie, con el fin de ejerci-

tar los músculos contra la acción de la gravedad,

El acuñado en el talón se retirara en cuanto el tono muscular haya mejorado suficientemente como para mantener la estabilidad sin ayuda.

Se usaran zapatos con cierre de cordones y tacos anchos.

El desequilibrio también ocurre entre los grupos extensores y flexores. Clínicamente, es más fácil de reconocer gracias a la tensión indebida del tendón de aquiles, asociada a la dorsiflexión limitada a nivel de la articulación del tobillo o inversamente por una indebida laxitud del tendón con dorsiflexión excesiva.

Aparte de su asociación con el pie cavo, el tendón de aquiles puede resultar más tenso como resultado del uso persistente de zapatos de taco alto o por un descanso prolongado en cama con los pies en relativa flexión plantar. El efecto de la afección es que sobrecarga al antepié y así contribuye al desarrollo de lesiones del antepié tales como metatarsalgia y helomas plantares.

Debido al grado limitado de dorsiflexión a nivel del tobillo los pies tienden a la abducción cuando actúan, y están así predispuestos a lesionarse. Los ejercicios de elongación son útiles en los más jóvenes, pero en adultos y ancianos el proceso requiere la acomodación mediante el uso de tacos de una altura adecuada.

La laxitud del tendón de aquiles se encuentra con mayor frecuencia in niños con formas discretas de pie calcáneo o calcáneo cavo. Hay un grado anormal de flexión dorsal a nivel de los tobillos y el peso del cuerpo se soporta excesivamente a nivel de los talones, lo que ocasionalmente puede causar incomodidad. La postura generan tiende a alterarse.

Además de los ejercicios posturales generales, los tacos de los zapatos que siempre muestran a desgaste anormal a nivel de sus rebordes posteriores, serán sustancialmente elevados durante un tiempo para estimular el tensamiento de los músculos posteriores.

B.2. Torsión tibial

Las tibias pueden mostrar cierto grado de torsion interna o externa. La torsión interna produce una rotación hacia adentro de las carillas de las articulaciones del tobillo de modo que los pies están inclinados medialmente uno respecto al otro.

Esta posición hace dificultosa la deambulación y los pies son enderezados consciente o inconscientemente mediante abducción sobre las piernas que a su vez pueden estar rotadas hacia afuera con respecto a las caderas.

Con la torsión externa, los pies tienden a apun-

tar hacia afuera debido a la rotación externa de la articulación del tobillo si los pies son mantenidos paralelos, las piernas son rotadas hacia adentro de modo que las rotulas miran un poco hacia adentro en lugar de hacerlo hacia afuera "rotulas bizcas".

B.3. Genu valgo

En esta posición, los pies están separados uno del otro durante la estación de pie por la alineación en valgo de las piernas por debajo de las rodillas.

Las piernas están también ligeramente botadas hacia afuera de modo que los pies asumen una postura en valgo y abducción.

El peso excesivo es soportado por el borde interno, predisponiendo al sufrimiento del arco longitudinal.

B.4. Genu varo

En esta afección, el eje transversal del tobillo está inclinado hacia arriba sobre su lado interno, de modo que el pie está invertido en relación al suelo.

Al soportar el peso del cuerpo, el pie asume necesariamente la posición horizontal sobre el suelo, pero se pone en eversion con respecto a la pierna. Se notará que en estos defectos posturales, la alteración local del pie es secundaria a alguna perturbación primaria de la pierna posiblemente de todo el cuerpo.

Tales casos, por consiguiente, estarán bajo la supervisión del pediatra o del ortopedista particularmente en el caso de niños, donde la corrección de la alteración primaria puede ser posible con un tratamiento.

Sin embargo, no debe descuidarse que durante tal corrección los pies utilicen una postura de desequilibrio o inestabilidad con el peligro de alteraciones estructurales secundarias a desarrollarse en el pie. En adición a las medidas generales que se requieran, por consiguiente, puede necesitarse alguna compensación local de la influencia postural normal bajo la forma de cuñas o plantillas de sostén, con lo que el podólogo puede ayudar al tratamiento.

Tales recursos, naturalmente, se interrumpirán tan pronto lo permita el estado general. En los adultos, sin embargo, tales defectos posturales son usualmente crónicos, de modo que puede requerirse una compensación permanente para sostener y estabilizar los pies y mitigar los efectos perniciosos de cualquier perturbación general.

Los efectos particulares sobre el antepié de algunos defectos estructurales y posturales,

serán considerados oportunamente.

ALTERACIONES DEL ANTEPIE

Las alteraciones del antepie constituyen el grupo más completo y numeroso de las afecciones que entran dentro del dominio de la podología, se las considerará con las siguientes designaciones:

- 1- Metatarsalgia funcional
- 2- Hallux valgus
- 3- Hallux rígido y hallux flexus
- 4- Hallux rígido agudo
- 5- Hallux rígido crónico
- 6- Dedo en martillo
- 7- Contracturas oblicuas
- 8- Helomas plantares e hiperqueratosis
- 9- Neuritis plantar digital
- 10- Pie de marcha
- 11- Deformaciones congénitas

1. METATARSALGIA FUNCIONAL

Ya se han hecho referencias a las funciones de la zona metatarsiana como pilar anterior del arco longitudinal, como punto de apoyo de una palanca, y como un absorbente de "shock", y también respecto al rol de los dedos como palanca y equilibradores secundarios. Cuando la acción del peso corporal pasa al antepie, es distribuido entre los cinco metatarsianos en proporciones aproximadamente iguales, excepto en que el primero de ellos soporta una carga doble.

El momento de carga máxima sobre las cabezas de los metatarsianos ocurre cuando el talón se separa del suelo, y los metatarsianos se inclinan más y más agudamente hacia la superficie de apoyo. Cuando los metatarsianos externos más cortos pierden contacto con el suelo, el ímpetu final del paso es dado principalmente desde las cabezas de los metatarsianos primero y segundo, y desde el dedo gordo. La punta de los dedos más pequeños dan punto de apoyo y equilibrio, durante el tiempo que están en contacto con el suelo. Durante el soporte del peso del cuerpo, el pie en conjunto se elonga en grado variable y el metatarso se ensancha aportando esta combinación de movimientos elasticidad al paso y absorción del "shock".

El margen de movilidad existente entre los diversos componentes del antepie es restringido, dentro de los límites funcionales, por los ligamentos y las fascias plantar, y es controlado por los músculos. Las partes blandas del antepie están bien adaptadas para soportar los esfuerzos impuestos durante el sosten del peso del cuerpo pero son susceptibles de padecer si su carga es

excesiva o mal distribuida dando lugar a diversos tipos de dolor designados como "metatarsalgia". El desarrollo de durezas plantares y helomas es una fuente adicional de dolor en la zona.

Factores etiológicos

Los principales factores responsables de dolor en el pie son las alteraciones funcionales o estructurales del mismo, y los calzados inadecuados. Una de las causas más frecuentes de lesiones del antepie, es la debilidad o la hiper movilidad del arco longitudinal en conjunto, como resultado de lo cual el pie se elonga excesivamente al soportar el peso del cuerpo. En ausencia de otros síntomas, aparte de los del antepie, este factor puede ser pasado por alto. La excesiva elongación de los arcos fuerza a las cabezas hacia adelante, de modo que los tejidos plantares están sujetos a fuerzas nocivas que pueden producir inflamación.

Si el proceso persiste durante largo tiempo, y especialmente si el peso corporal es excesivo, puede desarrollarse una forma de bursitis debajo de las cabezas metatarsianas. Una consecuencia ulterior de la elongación anormal del pie, es hacer a los dedos susceptibles a la impaccción desde el extremo del calzado de modo que se retraen o quedan en garra son así incapaces de cumplir con su acción normal de palanca, y por consiguiente se impone un grado mayor de comprensión sobre las cabezas metatarsianas.

El uso del pie en una posición en valgo y abducción, desvía el impulso del peso excesivamente hacia y sobre el primero y segundo metatarsianos y el dedo gordo. Comúnmente, el primer metatarsiano no permanece estable bajo tal presión, sino que se eleva, y entonces dicha presión es concentrada sobre la cabeza del segundo metatarsiano.

En el pie plano y débil las articulaciones metatarsofalángicas llegan a sufrir y relajarse, de modo que las bases metatarsianas están unidas con menos seguridad unas a otras. El primero y quinto metatarsianos son particularmente susceptibles de tornarse hipomóviles, y al soportar el peso del cuerpo, se separan excesivamente a nivel de sus cabezas. Esto expone sus superficies exteriores a la comprensión y fricción desde los lados del calzado, y tales zonas pueden llegar a ser el sitio de inflamaciones y posiblemente de exóstosis. La incompetencia de los metatarsianos primero y quinto agrega un peso adicional sobre los tres metatarsianos medios. El acortamiento congénito de cualquier metatarsiano impone necesariamente un peso extra a sus vecinos.

En casos de pie cavo y tendón de aquiles a tensión la proporción de peso apoyada sobre el antepie es excesiva. Aparte de la influencia del calzado inadecuado, los dedos pueden llegar a retraerse o a adoptar la posición en garra como resultado del desequilibrio muscular.

El engarramiento de los dedos es un hecho común, no solamente en el pie cavo sino en pies normales, en los cuáles los músculos lumbricales e interóseos llegan a debilitarse y resultan ineficaces para mantener el alineamiento en rectitud de los dedos contra la acción retrograda de los extensores y flexores largos. Los extensores largos pueden tornarse hiperactivos al ayudar a la dorsiflexión del pie cuando el tibial anterior es débil, traccionando así a los dedos hacia arriba, en posición de retracción. Los dedos pueden deformarse por una artritis reumatoidea o por falta de uso prolongado debido a una enfermedad que obligue a permanecer en cama.

La subluxación o dislocación de las articulaciones metatarsofalángicas, debida a lesión o enfermedad, puede similarmente alterar su función cualquiera sea la causa, la consecuencia de la acción ineficaz de los dedos es sobrecargar las cabezas metatarsianas.

El uso del calzado incorrecto es una de las principales causas de lesiones de los pies. La impaccción de los dedos se reproduce en zapatos que son demasiado cortos y excesivamente puntiaguados, o demasiado anchos para detener al pie en su deslizamiento hacia adelante. Los tacos altos y los tacones de ubicación muy elevada y oblicua respecto al resto del calzado, contribuyen a este proceso. Las falanges proximales se ponen en dorsiflexión sobre las cabezas metatarsianas, que a su vez se ven forzadas a deprimirse, por la comprensión ejercida hacia abajo y atrás desde los dedos y parte superior del zapato.

Bajo la influencia de la fuerza excesiva, el refuerzo de corcho u otro material entre la planta del calzado y la plantilla interna del mismo se desplaza a menudo. Dejando una concavidad debajo de los metatarsianos, pero formando una cresta dura justamente en el límite anterior. Las cabezas de los metatarsianos medianos se hunden así a un nivel más inferior que las del primero y quinto, que están sostenidas por el ribete firme del zapato. La cresta formada a expensas del refuerzo, así desplazado, es a menudo suficiente para causar inflamación de las partes blandas plantares, inmediatamente por debajo de las cabezas metatarsianas medias.

Si los dedos se encuentran apeñuscados entre si dentro de zapatos puntiaguados las cabezas

metatarsianas están forzadas a separarse y divergen a medida que los ligamentos intermetatarsianos se debilitan gradualmente bajo los efectos de los esfuerzos originando síntomas de dolor y sensibilidad al examen. Síntomas similares se originan por lesiones de los músculos intrínsecos cuando se fatigan trabajando en desventaja mecánica el ensanchamiento de los metatarsianos también puede ocurrir por sobrecarga persistente de los pies.

Las cabezas metatarsianas debieron ocupar la parte más ancha del zapato, pero si este es inadecuado desde el talón a la planta, ellas pueden irse demasiado adelante, hacia la parte estrecha del calzado. Los metatarsianos quedan así privados del soporte ajustado a nivel de la parte dorsal y plantar del zapato. Algunas veces es solamente porque remedian esta situación, que los acolchados o barras metatarsianas, o los soportes de arco, llegan a dar solución a este problema.

El defecto inverso se encuentra a veces en los pies de arco alto, los cuáles, debido a que requieren un zapato con ceñido extra, son calzados a veces de cara demasiado larga, de modo que las cabezas de los metatarsianos primero y quinto vienen a yacer parcialmente sobre las

restas formadas por los ribetes y las costuras.

A menudo, este es un factor en el desarrollo de los helmomas vasculares que se observan en estas zonas.

Debido a su dependencia de la integridad del pie en conjunto y a su estructura comparativamente menos estable que la del tarso, el antepie es particularmente vulnerable a las lesiones originadas por el excesivo soporte del peso corporal.

Así sucede en la obesidad y también en las ocupaciones que demandan largas horas de permanencia en pie o caminando, o el transporte de cargas pesadas. Con el pasar de los años, tiende a producirse la atrofia de los paquetes fibroadiposos ubicados debajo de las cabezas de los metatarsianos, especialmente si la circulación esta alterada en cualquier extensión.

Este es también un factor esencial de la artritis reumatoidea. Debido a la pérdida de elasticidad los tejidos plantares son menos capaces de soportar los esfuerzos que demanda la carga del cuerpo y se tornan susceptibles de inflamarse fácilmente.

Los efectos de los diversos factores mencionados sobre el antepie pueden dar lugar a acciones anormales, y se clasifican de la siguiente manera:

Cadeira Máster para Podologia www.ferrante.com.br

Cód. 13935 M1

Cód. 1540

Cód. 17600

Cód. 15200

Opcionais:

- ▶ Suporte universal.
- ▶ Bandeja para instrumentos.
- ▶ Bandeja para resíduos.
- ▶ Luminária com exaustor.

CADEIRAS GENNARO FERRANTE LTDA.
Vendas: R. Independência, 661 - CEP 01524-001 - Cambuci - S. Paulo - SP
Grande São Paulo: (11) 6163-7815 - Demais localidades: DDG 0800 11 7815
Fax: (11) 6163-8580 - www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

FERRANTE
Marca de profissionais desde 1928

1- Desplazamiento de los tejidos plantares por un excesivo movimiento hacia adelante de las cabezas metatarsianas o por inmovilización del pie dentro del zapato.

2- Distensión de los ligamentos transversales, músculos y fascias por separación de los metatarsianos.

3- compresión de la piel, fascia y tejido fibroadiposo, debido a la concentración del peso sobre las cabezas metatarsianas.

Tratamiento

En la gran mayoría de los casos el dolor se debe a una combinación de estas acciones anormales originadas por diversas causas en interacción y produciendo una complejidad de efectos clínicos. Los helomas plantares y las durezas, por ejemplo, resultan de la compresión indebida y se acompañan frecuentemente de cierto grado de inflamación de los tejidos subcutáneos debida la elongación o desplazamiento por consiguiente, el tratamiento exitoso requiere el reconocimiento de los factores etiológicos operantes en cada caso y una combinación de las medidas terapéuticas para eliminar o contrarrestar los tipos particulares de acciones anormales.

En aquellos casos en que las acciones anormales se originen en la región del tarso la sola protección local de la zona metatarsiana fallara en dar algo más que una mejoría temporal y parcial, pudiendo, en efecto, agravar los síntomas del antepie, por aumentar la congestión en la parte anterior del zapato.

Primeramente debe aportarse estabilidad a todo el pie mediante la forma más apropiada posible de almohadillado de sosten, de preferencia en forma permanente o semipermanente y no adhesiva. En caso de un pie valgo o hipermóvil. La elongación excesiva debe ser frenada mediante un almohadillado para valguismo, que puede ir adaptado ya sea al zapato o una plantilla removible.

En el pie cavo, una proporción del peso debe ser transferida desde las cabezas metatarsianas hacia el borde externo, mediante un relleno o un almohadillado en plataforma. En el pie cavo de tipo hipermóvil, es necesario usar una combinación de esas dos formas de protección.

Ademas, se necesita la protección de la región metatarsiana habitualmente y puede ser: o agregada al almohadillado anterior o aplicada al pie mediante bandas de silicona, que unen a los metatarsianos y contrarrestan cualquier tenden-

cia a que se separen.

El almohadillado y las bandas de silicona metatarsianos integran el medio más efectivo y rápido de solucionar la metatarsalgia, siempre que no se descuiden los otros recursos necesarios.

Sin embargo, en los casos crónicos, la interferencia con la higiene normal y la necesidad de una frecuente renovación son desventajas, y se procederá a disponer de formas reemplazables, tales como el almohadillado y férula combinados, reemplazables.

Los tejidos de la zona plantar metatarsiana pueden estar sometidos a una compresión excesiva de las siguientes maneras:

a) El peso total sobre el antepie puede ser excesivo como, por ejemplo, en casos de obesidad, soporte excesivo ocupacional del peso del cuerpo, pie cavo y tendón de aquiles tenso, o uso excesivo de tacos demasiado altos.

b) El peso sobre el antepie puede estar distribuido en forma inadecuada, entre las cabezas de los cinco metatarsiano, como, por ejemplo, cuando el primero de ellos es incompetente por alguna razón, de modo que se agrega una carga adicional a sus vecinos.

c) La carga de cada segmento metatarsiano puede estar distribuida inadecuadamente entre la cabeza metatarsiana y el tejido de almohadillado del dedo. Esto sucede cuando los dedos están retraídos o en garra y son así incapaces de contribuir plenamente a la acción de palanca que normalmente se requiere de ellos.

La finalidad principal del tratamiento en estos casos es, por consiguiente, asegurar una redistribución más normal del peso y proveer del almohadillado allí donde este concentrado el peso.

Ello se consigue variando la forma, densidad y espesor del almohadillado metatarsiano para adecuarlo a las necesidades de cada caso.

Un elemento esencial en el tratamiento de la metatarsalgia es asegurar y mantener un máximo de función de los dedos. Si están retraídos o en garra su alineación y potencia como palancas pueden ser mejoradas mediante la aplicación de una barra de silicona, como férula. Los helomas dorsales y distales son una circunstancia común en los dedos impactados y en garra, de modo que se requiere su protección. también se instituirán ejercicios activos para la potencia muscular y el tono, y la movilidad de las articulaciones metatarsofalángicas.

Se aconsejara respecto a la elección de calza-

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Mag Estética
Beleza feita com Arte

AUTORIZADA PELA DER CENTRO - SUL EM 15/08/2003

Aparelho para Podólogos, Pedicures e Manicures.

- Aparelho Anatômico do Tipo Caneta;
- Motor Ultra-Potente com até 18.200 RPM,
com regulagem para tratamento das 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;

LANÇAMENTO



Mag Pé

Produto com a qualidade Mag Estética

Adquira já o Seu! (11) 6161-7763

do, para asegurar que los diversos defectos mencionados previamente, puedan ser evitados. Es de especial importancia que los zapatos permitan disponer de suficiente espacio para los dedos, ya que el efecto del almohadillado metatarsiano es aumentar la expansión transversal y anterior de los dedos al soportar el peso corporal.

Se usaran tacos de altura mínima para evitar la sobrecarga del antepie, y la parte correspondiente al empeine y al contrafuerte del zapato tendrán el ajuste adecuado para sostener al tarso y metatarso.

2. HALLUX VALGUS

Este término denota la condición en la cual el dedo gordo está desviado externamente, pero la alteración es siempre más extensa de lo que su nombre sugiere, incluyendo sus estadios más avanzados no solamente al segmento del primer metatarsiano, sino a todo el conjunto del antepie.

Además del mal alineamiento del dedo gordo, el primer metatarsiano asume una deformación en varismo, y el segundo dedo puede yacer parcialmente por debajo o encima del primero, o desarrollar un dedo en martillo. Los dedos restantes están usualmente algo desplazados lateralmente o en garra. Los metatarsianos tienden a separarse, con un notable ensanchamiento del primer espacio interóseo y sobrecarga de las cabezas metatarsianas centrales.

Una vez iniciada la desviación lateral del dedo gordo, tiende a empeorar, debido al empuje, ahora oblicuo, de los músculos más potentes insertos al dedo. La capsula de la primera articulación metatarsofalángica se va adaptando progresivamente a la nueva alineación, al alongarse el ligamento interno y acortándose el externo. La cara interna de la cabeza del primer metatarsiano queda expuesta a una irritación persistente cuyo resultado es el desarrollo de una exóstosis, frecuentemente acompañada de una bolsa suprayacente, que es asiento de inflamaciones a repetición. Pueden formarse osteofitos sobre la cara externa de la articulación.

Con el progreso de la angulación entre el metatarsiano y el dedo los tendones de los extensores y flexores largos tienden a ponerse en tensión, viniendo a quedar así algo laterales con respecto a la articulación. Los sesamoideos del tendón del flexor corto también quedan relativamente desplazados, y en las radiografías el más externo es visto comúnmente en el espacio intermetatarsiano.

Las deformaciones concomitantes de los otros dedos, con la inevitable alteración de su función

normal, producen helomas dorsales, distales, interdigitales y plantares, y son estas lesiones secundarias, junto con la bursitis habitual sobre la cabeza del primer metatarsiano engrosada, las fuentes más comunes de dolor e incapacidad.

El hallux valgus es más común entre mujeres que entre hombres, siendo estimada la incidencia en mujeres adultas, en hasta un 70%.

Etiología

Se debe a la combinación de muchos factores causales, que pueden agruparse en intrínsecos y extrínsecos y contribuyentes. El pie corto y ancho y el largo y delgado, son potencialmente más vulnerables, el primero debido al mayor riesgo de presión interna sobre el dedo gordo originada por zapatos estrechos y puntiagudos, y el segundo por el peligro de la impacción debida a zapatos demasiado cortos o flojos.

La impacción ocurre en algunos casos debido a un dedo gordo usualmente largo o que se proyecta mucho más allá que los demás. El metatarso varo primo, en quien el primer metatarsiano está inclinado hacia adentro, se presenta como anomalía congénita o del desarrollo, y es a menudo una característica familiar. En tales casos, el dedo gordo tendrá que asumir una alineación en varismo si debiera permanecer en el mismo eje que su metatarsiano; esta impedido de hacerlo así por la influencia temprana del uso del calzado, que de ese modo produce la inclinación inicial a nivel de la primera articulación metatarsofalángica.

El hallux valgus es frecuentemente secundario a alguna inestabilidad general del pie. Si es hipermóvil, entonces el dedo gordo puede estar sometido a una impacción ligera, pero persistente debida a la elongación excesiva del pie durante el soporte del peso corporal. En el pie valgo, el borde interno recibe el empuje en forma anormal, al aguantar la carga del organismo, y como el pie, generalmente, también está en abducción, se produce una presión anormal sobre el lado interno del dedo gordo cuando el pie deja el suelo.

El principal factor extrínseco es sin duda el calzado inadecuado. Las medias y zoquetes tensos, o los zapatitos ajustados, en la niñez y en la infancia, ejercen una poderosa pero insospechada influencia modeladora sobre el pie inmaduro, que puede deformar a los dedos más pequeños y así mismo engendrar el hallux valgus.

Los zapatos demasiado cortos, o que son anchos en demasía para poder evitar el deslizamiento del pie hacia adelante, causan común-

Mag Estética

Beleza feita com Arte

AUTORIZADA PELA DER CENTRO • SUL EM 15/08/2003

Matrículas Abertas (11) 6161-7763

MICROPIGMENTAÇÃO:

- BÁSICO
- ESPECIALIZAÇÃO I
- ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO ESTÉTICA
- DESPIGMENTAÇÃO

CURSO TÉCNICO ESTETICISTA

Carga Horária: 800 Horas
Duração: 17 meses

CURSO TÉCNICO DE PODOLOGIA

Carga Horária: 1200 Horas
Duração: 29 meses

Períodos:

As Segundas-feiras das 08:30 às 16:30 H.

As Terças-feiras das 08:30 às 12:30 H.

Cursos com habilitação profissional • Aprovados pelo MEC.

(Conteúdo completo em www.magestetica.com.br)

CURSOS LIVRES: Cursos individuais ou em grupos, com carga horária variável de acordo com as necessidades do aluno.

- Tatuagem Artística
- Estética Básico Facial
- Estética Básico Corporal
- Depilação c/ Cera
- Depilação Egpola (c/ linha)
- Pedicuro Calista
- Alongamento, Mega Hair e Outras Técnicas
- Manicure e Pedicure
- Maquiagem Social
- Terapia Capilar
- Modelagem e Retirada de Sobrancelhas c/ Pinça
- Tatuagem de linha p/ Sobrancelhas e Corpo
- Unhas de Porcelana
- Unhas de Gel c/ Lâmpada
- Unhas de Silicone
- Unhas de Nova York
- Unhas Artísticas
- Reciclagem de Micropigmentação
- Pedicuro Calista (Aperfeiçoamento)
- Drenagem Linfática Corporal
- Drenagem Linfática Facial
- Massagem Anti-Estresse
- Aromaterapia e Cromoterapia
- Massagem Sensitiva
- Eletroterapia Corporal e Facial
- Shiatsu Facial e Corporal
- Corte Programado e Estilizado
- Aperfeiçoamento em Química
- Aperfeiçoamento em Penteados
- Isometria Facial e Corporal
- Escova Definitiva
- Cílios Postiços / Permanente e Tintura de Cílios e Sobrancelhas
- Pre-fing
- Reflexologia Podal

Adquira já seus produtos ligando para (11) 6161-7763

- Kit de Polímero
- Kit e Molde de Unhas de Porcelana
- Unhas de Silicone e Nova York



Kit de Tratamento Higienizante



Kit de Tratamento Derruma



Kit de Esmaltes Ponta Dupla



Carimbos



Kit Órtese de Instrumentos para Podologia



mente un mal alineamiento gradual del dedo gordo, sin llegar a ser suficientemente incómodos como para llegar la atención sobre el proceso. Estos riesgos aumentan usando zapatos de tacos altos o con gran desnivel, y el borde interno oblicuo del calzado demasiado puntiagudo, fuerza inevitablemente el dedo gordo en una posición de valgismo, ocasionalmente, la deformación se debe a una injuria directa y es un hecho común, asociado a las deformaciones de los dedos, en la artritis reumatoidea.

El soporte de excesivo peso corporal, ya sea por obesidad o por razones ocupacionales, es un factor contribuyente común, donde, por cualquier razón, el antepie esta constantemente sobrecargado, los ligamentos transversales del metatarso pueden sufrir y ceder, de modo que los metatarsianos tienden a separarse. Los dedos están privados de sufrir una disociación semejante debido a sus inserciones de partes blandas y por el calzado y si tienden en cambio a apeñusarse entre ellos. Semejante sobrecarga del antepie puede ocurrir también en casos de tendón de aquiles tenso.

Tratamiento

En los casos iniciales el tratamiento esta dirigi-

do a solucionar las causas originales. El calzado debe ser de la forma y longitud adecuadas al tipo particular de pie, con un borde interno recto evitando cualquier inestabilidad general del pie. Tal como pronación o hiper movilidad, debe ser corregida o reducida a un mínimo mediante la modificación apropiada del calzado o medios similares.

La tendencia del antepie a ensancharse requiere su prevención mediante bandas sili-conadas metatarsianas reemplazables periódicamente ellas pueden restaurar la alineación del primer metatarsiano en algunos casos, pero su replicación prolongada y frecuente es necesaria durante muy largo tiempo para obtener alguna mejoría verdadera. Sin embargo esta no es practicable a menudo, y puede tener que recurrirse en cambio a ejercicios de elongación y manipulaciones para evitar que el proceso empeore. La manipulacion del dedo, combinada con tracción, esta indicada para mantener la articulación metatarsofalángica en buen funcionamiento, y para alargar los tendones y ligamentos que están en peligro de llegar a contracturarse.

En casos más avanzados, como se ve en adultos, el tratamiento conservador esta dirigido principalmente a aliviar los síntomas comprensivos asociados. De estos la bursitis sobre la



Feet Center Produtos 100% Gel Polímero

Importador e Distribuidor Suavepie no Brasil

					
Entrededos de Gel Puro	Tubos Recortáveis	Almofada Interfalângica	Almofada Metatarso Falângica	Anel com Gel	Separador Interdigital
					
Calcanheira de Gel	Anel Corretivo	Dedal de Gel Puro	Protetor de Joanetes	Atadura Metatarsal	

Feet Center - Importação, Exportação e Comércio.
Email: - feetcenter@hotmail.com

exóstosis es a menudo la más molesta. Dicha bolsa puede sufrir una inflamación aguda, y desarrollar una fístula, que drena líquido sinovial o pus, si esta infectada. En tales casos se dará a la zona el mayor reposo posible, reduciendo el soporte del peso del cuerpo a un mínimo y eliminando la presión local mediante el uso de calzado blando. También es de valor una cuña aplicada, interdigital, de silicona. El tratamiento cuidadoso de las diversas lesiones compresivas puede obviar la necesidad de una intervención quirúrgica ya que la deformación, por sí mismo puede no alterar seriamente la función.

3. HALLUX RÍGIDO Y HALLUX FLEXUS

Las articulaciones metatarsofalángicas constituyen la bisagra sobre la cual el pie oscila hacia arriba cuando se levanta el talón. Es principalmente a partir de la cabeza del primer metatarsiano y del dedo gordo que se da el ímpetu final al paso. La limitación de la dorsiflexión a nivel de la primera articulación metatarsofalángica, por consiguiente, es susceptible de originar grandes inconvenientes a la función normal.

El término "Hallux Rígido" denota una significativa limitación de la dorsiflexión a nivel de la articulación, este o no completamente rígida. En los casos extremos, el dedo puede estar más o

menos fijo en flexión plantar, que es un estado conocido como "Hallux Flexo".

4. HALLUX RÍGIDO AGUDO

En este proceso, la dorsiflexión está impedida principalmente por un espasmo muscular protector consecuente con la inflamación articular aguda. Se ve más comúnmente en adolescentes, y lo habitual es que ocurra a causa de un trauma brusco, tal como un puntapié, aunque puede desarrollarse en forma más gradual por el uso persistente de zapatos demasiado cortos.

Los pies largos y estrechos son naturalmente más vulnerables a esta afección. En algunos casos, el factor puede ser la infección local.

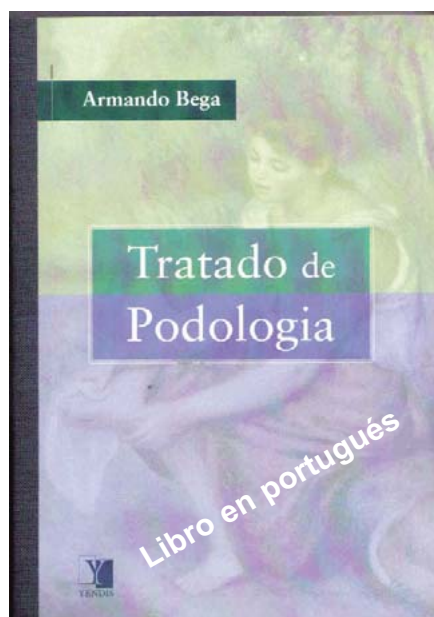
La articulación está inflamada y sensible, aunque usualmente no muy tumefacto, y los movimientos despiertan un dolor agudo.

Si la inacción del dedo ha continuado por algún tiempo, pueden existir algunas crestas de Osteofitos sobre las márgenes articulares dorsales.

Tratamiento

El tratamiento está dirigido a eliminar la infección mediante reposo y la aplicación de calor y contrairritantes. Se evitará el movimiento de la articulación mediante un vendaje firme. En

LIVRO do Autor **Podólogo Armando Bega** **TRATADO DE PODOLOGIA**



Uma obra destinada a estudantes da área de saúde, especializados ou que pretendem especializar-se em Podologia, ramo auxiliar da Medicina responsável pela assistência e pelos cuidados com os pés.

Tratado de Podologia traz um vasto material científico para estudo e pesquisa, possibilitando ao leitor aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto e oferecer à população um serviço de melhor qualidade no tocante ao cuidado com os pés.

A obra, repleta de fotos, esquemas e ilustrações, trata de vários temas, com especial atenção às feridas que acometem os pés, seus respectivos medicamentos e curativos. O livro conta também com diversas fotos, esquemas e ilustrações coloridas. Enfim, mais uma obra que pretende contribuir para o desenvolvimento da arte de cuidar da saúde e a estética dos pés.

416 páginas divididas em 21 capítulos abarcando os mais importantes temas podológicos.

Em português.

Vendas: www.shop.mercobeauty.com
revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

algunos casos puede resultar muy efectivo el uso de un almohadillado aplicado a la cara plantar del metatarsiano y de la falange proximal. Una vez que ha cedido el dolor, es conveniente la estimulación del movimiento normal mediante la manipulación y ejercicios adecuados enseñándole al paciente la manera de realizarlos. Se combinara la tracción rmanual para ensanchar el espacio articular con la circonducción, extensión y flexión del dedo. Es esencial la modificación del calzado para evitar recidivas.

5. HALLUX RÍGIDO CRÓNICO

Es una afección crónica progresiva, usualmente de iniciación insidiosa, en la que el movimiento articular es restringido gradualmente por la degeneración osteoartrítica y el desarrollo de proliferaciones osteofíticas periarticulares, usualmente peores en las partes dorsal y laterales de la articulación. Es más común en hombres que en mujeres, y especialmente, en los pies largos y delgados. Un calzado corto, es la causa más común del proceso, ocurriendo tan gradualmente que no se hace notable hasta que es tarde. Algunos autores mencionan una injuria directa por la caída de un objeto pesado o al ser golpeados, siendo el proceso usualmente unilateral.

La irritación de la cara dorsal de la articulación por el borde del zapato puede ser un factor en algunos casos ocurridos en mujeres que usan habitualmente zapatos de fiesta o similares, a los que puede asociarse como factor agravante el empleo de tacos excesivamente altos.

Cuando el primer dedo o el primer metatarsiano son excesivamente largos, hay un mayor riesgo. En casos de primer metatarsiano incompetente, la hiperactividad compensadora de los músculos flexores es una tentativa para estabilizar el borde interno, y puede finalmente inducir a alteraciones articulares que restringen permanentemente la dorsiflexión normal.

En algunos casos, la dorsiflexión esta limitada por una fascia plantar indebidamente tensa como en otras afecciones del antepié, el hallux rígido puede ocurrir como hecho secundario en un pie valgo o hipermóvil, como consecuencia de la orientación anormal del peso hacia el primer metatarsiano.

En las fases iniciales, las alteraciones patológicas pueden estar limitadas a una inflamación subaguda de los elementos articulares y periarticulares, que tornan dolorosos a los movimientos de los mismos. Al empeorar la afección se estrecha el espacio articular, con gradual erosión del cartílago articular se desarrollan osteofitos en las márgenes dorsales, que más tarde limitan

la dorsiflexión y aumentan el dolor y la incapacidad.

Finalmente, la cavidad articular puede obliterarse casi por completo, con perdida total de los movimientos y la correspondiente disminución del dolor. La exóstosis dorsal puede adquirir un tamaño tal como para llegar a ser una bursitis debida a la compresión del zapato.

Varios hechos secundarios pueden seguir a la incapacidad de la primera articulación metatarsofalángica. La cabeza del primer metatarsiano se pone en posición relativamente elevada, quedando así incompetente como soporte del peso del cuerpo. El antepié gira ahora sobre la segunda articulación metatarsofalángica y la interfalángica del dedo gordo, y pueden desarrollarse helomas plantaras a nivel de dichos sitios. La falange distal se pone en hiperextensión compensadora, y la uña del dedo gordo puede afectarse por la compresión dorsal del calzado, dando lugar a onicoauxis o a un heloma subungueal.

El pie esta algo aducido e invertido en su funcionamiento, de modo que su borde externo esta sobrecargado, ello produce habitualmente un heloma debajo de la cabeza del quinto metatarsiano, y ocasionalmente helomas interdigitales y dorsales sobre los dedos externos, debido a la dirección oblicua de la transmisión del peso corporal a través del pie.

En casos avanzados, las lesiones secundarias pueden ser severas, y fuente de más dolor e incapacidad que la misma articulación rígida. Debido a la inversión del pie, el tobillo puede ser inestable y susceptible de lesiones.

Tratamiento

En vista de la naturaleza crónica de la afección, la finalidad del tratamiento conservador es solucionar el dolor y compensar la alteración del soporte del peso del cuerpo consecuente con la rigidez articular.

Los casos más dolorosos son usualmente aquellos en que hay todavía alguna movilidad, pero la dorsiflexión, actuando mientras la articulación se halla soportando una buena parte del peso del cuerpo, esta interrumpida por la presencia de exóstosis dorsales que se hallan en contacto agudo y doloroso unas con otras. Las partes blandas de la cara articular plantar están sometidas, simultáneamente, a una tensión anormal. Para mantener la dorsiflexión dentro de limites tolerables, debe restringiense el movimiento articular mediante modelos de silicona adecuados.

COSMETIC COSMÉTICA

17ª FERIA INTERNACIONAL DE LA BELLEZA

28 SET - 01 OCT 2007

Anhembi - São Paulo - Brasil

PRODUCTOS COSMÉTICOS, PERFUMERÍA, MATERIAS-PRIMAS,
EMBALAJES, CABELLO, ESTÉTICA, SHOP & SHOW

Programación completa en lo sitio: www.cosmeticcsmetica.com.br



VIAJE Y HOSPEDAJE CON
ECONOMÍA Y SEGURIDAD
PROGRAMA BIENVENIDO:

Reservas On-line:
www.programabemvindo.com.br
almax@almax.com.br • Tel.: (55 11) 3035-1000

Apoyo Institucional:



Sede:



Afiliada a:
UBRAFE



Realización e Promoción:



ALCANTARA
MACHADO

international@alcantara.com.br



Son esenciales los zapatos de suela dura. Las barras metatarsianas, colocadas justamente por detrás de la articulación para aliviar la carga, o inmediatamente por debajo para obrar a modo de hamaca, son ocasionalmente útiles, pero a veces difíciles de emplear, especialmente en ocupaciones que implican la obligación de subir o bajar escaleras continuamente. En todo caso se observara el método más adecuado.

La rigidez de la articulación del dedo gordo produce una distribución anormal del peso corporal sobre el antepié, las cabezas de los metatarsianos segundo y quinto, y la articulación interfalángica del dedo gordo, desarrollando habitualmente helomas dolorosos.

Estas zonas requieren ser protegidas mediante almohadillados, para que se redistribuya el peso lo más normalmente posible, particularmente asegurando que la cabeza del primer metatarsiano no vuelva a asumir su función de sostén de la carga corporal en la medida de lo posible. Un acolchado metatarsiano plantar ancho, que abarque las cinco cabezas metatarsianas, y con cavidades para alojar las lesiones plantaras, suele ser efectivo.

Los casos que no responden al tratamiento conservador así descrito pueden requerir la intervención quirúrgica.

6. DEDO EN MARTILLO - DEDO EN MAZO

En el dedo martillo, la falange proximal esta en dorsiflexión y las falanges intermedia y distal se hallan en flexión plantar.

En el dedo en mazo, solamente la falange distal esta en flexión plantar.

Estas afecciones son ocasionalmente congénitas, pero en general son adquiridas por impacción del dedo gordo, debido a un calzado corto. El factor predisponente es la longitud indebida de uno de los tres dedos medios, siendo el segundo el afectado más comúnmente, aunque ello se debe algunas veces a que el primer dedo o el primer metatarsiano sean desusadamente cortos.

La deformación predispone a la producción de helomas dorsales y distales, y a deformaciones de la uña. Comúnmente se desarrolla una bursitis sobre la cara dorsal de la articulación interfalángica proximal. En algunos casos el dedo en martillo es la causa de un heloma o una hiperqueratosis plantar debajo de la cabeza metatarsiana correspondiente, que esta sometida a una compresión excesiva, causada por la mala alineación de todo el segmento metatarsiano. Son

estas las lesiones que necesitan tratamiento.

Tratamiento

Mientras el dedo es móvil, la deformación puede ser mejorada por apoyos plantares correctos y almohadillados dorsales en creciente. Deben ser de suficiente espesor y firmeza para enderezar el dedo durante el soporte del peso del cuerpo. La persistencia del uso de tal almohadillado combinado a la elongación mediante manipulaciones, da usualmente una marcada mejoría. Si el dedo ya esta fijo, un almohadillado similar puede ser usado con propósitos de protección, las ortésis de silicona son particularmente útiles.

7. CONTRACTURA OBLICUA DE LOS DEDOS

En esta afección, uno o más de los dedos están rotados y flexionados axialmente, de modo que cada uno tiende a yacer por debajo, o, más raramente, por arriba de su vecino. Puede hallarse asociado a la deformación en martillo del dedo vecino. El proceso comienza habitualmente en la infancia, debido al uso de medias y zapatos que ya han quedado chicos. En la adolescencia y edad adulta, la causa puede ser la compresión debida a zapatos de punta, o que sean demasiado anchos. En este ultimo caso, el pie tiende a deslizarse hacia delante y los dedos quedan entonces indebidamente constreñidos, o se deforman en garra debido al intento de afirmarse al zapato con más seguridad.

El proceso predispone a la onicofosis e involución de las uñas, y a helomas distales e interdigitales. Algunas veces se forman crestas bien definidas de helomas sobre las puntas de los dedos cuarto y quinto, particularmente, los cuáles, en algunas ocasiones, se tornan muy vasculares y dolorosos.

Tratamiento

Si se coloca un zapato bien adecuado puede obtenerse mejoría si se persiste en el empleo de almohadillados correctores. En el caso de niños de corta edad se indicara a los padres como colocar el acolchado de modo que se pueda renovar fácilmente. En los adultos las lesiones asociadas requieren un tratamiento apropiado.

8. HELOMAS PLANTARES E HIPERQUERATOSIS

Estas lesiones crónicas por compresión de la zona metatarsiana plantar tienden a ocurrir en ciertas formas clínicas bien definidas, asociadas a tipos específicos de alteraciones principales del antepie.

Cuando como resultado de una función primor-

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-flebitico.
- 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.

Ventas: shop virtual www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

dial el antepie es excesivamente móvil, la zona plantar metatarsiana esta sometida a fuerzas anormales, de desplazamiento, que producen una formación anormal difusa de hiperqueratosis, e inflamación de los tejidos subcutáneos. En el caso de un pie de arco alto, hipermóvil, el descenso de su arco en cada paso origina un extenso movimiento hacia delante, en el anterior del zapato, de la zona metatarsofalángica prominente, lo que origina una extensa hiperqueratosis plantar.

El movimiento hacia atrás y adelante de las cabezas metatarsianas dentro del zapato, eventualmente forma una depresión en la plantilla del calzado, siendo proyectado el relleno desplazado hacia el borde anterior de la depresión, formando allí un ribete duro. La repetición de la impacción contra esta cresta produce una zona profundamente indurada a nivel del margen distal del heloma. Además se inflaman los tejidos subcutáneos y como resultado de las mismas fuerzas de desplazamiento, pueden llegar, a irritarse tanto como para dar lugar a una forma de bursitis, tornándose toda la zona tumefacta y caliente y asentándose allí un intenso dolor quemante.

Tratamiento

El tratamiento de tal afección requiere una síntesis de medidas terapéuticas.

Teniendo por objeto:

1- Mejorar los síntomas inmediatos, reducir el heloma, eliminar el borde indurado, medicación apropiada para la hiperemia, almohadillado apropiado metatarsiano plantar blando (silicona).

2- Tratamiento de las causas excitantes y contribuyentes, redistribución de la carga mediante el almohadillado plantar metatarsico y acolchados de relleno, reducción de la hipermovilidad mediante acolchados de relleno.

Puesto que el defecto básico es la hipermovilidad, no es susceptible de corrección; las medidas compensadores esenciales, el almohadillado de relleno y el almohadillado plantar metatarsiano para igualar la presión en el antepie necesitaran ser eventualmente aplicadas en forma semipermanente y no adhesiva.

En los casos en que a raíz de una alteración del antepie, la movilidad del mismo esta marcadamente reducida, los tejidos plantares se hallan sometidos a una presión anormal y las lesiones resultantes están circunscriptas tienen ubicación

profunda y son de tipo densamente indura. La fijación de la zona de máxima comprensión da lugar a la eliminación gradual del tejido adiposo elástico normal de acolchado y su reemplazo por un estroma fibroso denso que une el heloma subyacente resistente a la estructura (usualmente una prominencia osea o, en algunos casos una bandeleta fibrosa o de fascia, mantenida funcionalmente regida).

Tal heloma pierde eventualmente el carácter de lesión puramente epidérmica, exhibiendo en adición un engrosamiento fibroso e induración de los tejidos dérmicos y subdérmicos. Esta estructura fibrosa contiene pocos espacios intersticiales, poco contenido fluido o células adiposas, cuya presencia en el tejido subcutáneo normal es lo que le da la resistencia y elasticidad. Dichos espacios, tal como existen, están ocupados por un material colágeno firme, no elástico de modo que toda la lesión se transforma en una estructura solida, profunda. Este heloma da lugar a un dolor quemante, intenso, profundo, al apoyar en esa zona y no responde a las medidas podológicas esenciales que se aplican a los helomas en otras localizaciones.

El sitio de desarrollo de tales lesiones esta determinado por la naturaleza de la alteración funcional subyacente y, como se ha dicho, tiende a seguir ciertos modelos clínicos definidos. así cuando la causa es un dedo en martillo o groseramente deformado, se concentra una comprensión excesiva sobre la superficie plantar de la cabeza metatarsiana prominente. Si la deformación ha progresado hasta el estado de rigidez y subluxación de la articulación metatarsofalángica, se desarrolla un heloma plantar crónico debajo de la articulación subluxada. Esta deformación ocurre más comúnmente en los segmentos metatarsofalángicos medios, con más frecuencia en el segundo.

El almohadillado requerido para esta lesión es en "U" o el plantar metatarsiano, con una concavidad o dentelladura debajo de la lesión. El espacio potencial así formado puede rellenarse con silicona blanda.

Si todavía es posible cierto grado de corrección, puede agregarse un almohadillado diafisario para el metatarsiano junto con una férula plantar o una creciente dorsal para el dedo con el fin de reducir la subluxación de la articulación metatarsofalángica.

Similarmente, cuando la causa es una forma regida de pie cavo, la comprensión excesiva tiende a estar concentrada sobre las caras plantares de las cabezas prominentes de los metatarsianos primero y quinto, y eventualmente

se producen lesiones similares a nivel de esos sitios. El almohadillado necesario en tal caso es uno de relleno para la zona tarsiana, combinado a uno plantar metatarsiano hacia adelante, ubicado por debajo de los metatarsianos medios, con una cavidad o dentelladura para las cabezas de los metatarsianos externos, también aquí rellenada con silicona blanda.

Una forma clínica típica de helomas plantares crónicos esta asociada al hallux rígido o al hallux flexo, en que tales lesiones se desarrollan debajo de las cabezas de los metatarsianos segundo y quinto, y debajo de la articulación interfalángica del dedo gordo.

En este caso la finalidad del almohadillado es reducir la concentración de la compresión sobre estas zonas mediante la restauración en cierta medida de la función de la primera articulación metatarsofalángica, y redistribuyendo el soporte del peso corporal en todo lo posible, para esta zona y los segmentos tercero y cuarto.

Ello se consigue mejor mediante un almohadillado debajo del primer metatarsiano, que vaya justamente hasta la parte proximal de la articulación interfalángica del dedo gordo, o hasta el apex del mismo. Con una cavidad para la articulación.

En un caso ya establecido de hallux valgus, además de las otras lesiones asociadas descritas, tienden a desarrollarse helomas plantares crónicos debajo de las cabezas de los metatarsianos medios especialmente del segundo. Este es particularmente el caso cuando el dedo gordo, mal alineado, viene a yacer por debajo del segundo dedo, que llega a retraerse groseramente, en tal caso el tratamiento de la alteración general debe incorporar un almohadillado en "U" o uno plantar metatarsiano, con silicona muy blanda debajo de la lesión. La realineación del dedo gordo puede permitir alguna flexión plantar conectora de la segunda articulación metatarsofalángica, que facilitara grandemente la eliminación del heloma plantar.

9. NEURITIS PLANTAR DIGITAL (Metatarsalgia de Morton)

Las ramas digitales del nervio plantar externo, particularmente la rama del cuarto espacio son con frecuencia el sitio de una alteración que da lugar a una forma típica de metatarsalgia.

Esta afección fue descrita por D. P. Morton de Filadelfia, en 1875. Ocurre más frecuentemente en mujeres de edad media y constitución robusta, y los síntomas son característicos.

El paciente se queja de intenso dolor quemante en la zona metatarsofalángica. Ocurriendo a intervalos regulares, e irradiando a las puntas de los dedos afectados, generalmente al cuarto y en ocasiones al tercero y quinto.

El dolor aparece bruscamente caminando, y el paciente se ve forzado a detener su marcha y quitarse el calzado. Los síntomas pueden ser discretos en los casos iniciales pero la afección tiende a progresar en severidad y frecuencia, y eventualmente los ataques espasmódicos suelen ser tan frecuentes y dolorosos que el paciente teme caminar cualquier distancia o cruzar calles muy transitadas.

En las fases finales, el dolor quemante, punzante se extiende hasta la pierna y el pie, y pueden producirse calambres. Al examen, el pie parece normal en los comienzos del proceso, pero usualmente hay mala alineación de los metatarsianos externos y dedos en garra o retraídos o con desviación oblicua de los más externos.

Puede haber hiperemia y un punto de extrema sensibilidad a la palpación del espacio intermetatarsiano afectado. también pueden hallarse alteraciones sensoriales de los dedos.

La causa de la afección es la irritación y compresión de una rama del nervio plantar externo. Ocasionalmente se desarrolla un neurofibroma a lo largo del trayecto del nervio. En otros caso, eventualmente, se forma un neurofibroma a consecuencia de una compresión e irritación de larga data, resultante de la depresión relativamente desigual de los metatarsianos externos, produciendo una compresión vertical o lateral de la rama nerviosa. El proceso esta frecuentemente asociado al uso de zapatos ajustados.

En muchos casos, los síntomas pueden ser aliviados mediante almohadillados metatarsianos y descargas de silicona, y la adopción de un calzado que permita un buen sosten de los metatarsianos, sin lesionar los dedos, se requiere mucha paciencia para encontrar, mediante ensayos y pruebas, la combinación más efectiva del almohadillado y calzado para cada caso en particular.

10. PIE DE MARCHA (Fractura de marcha, Fractura por fatiga)

El uso excesivo del pie sin preparación gradual puede producir alteraciones en los metatarsianos que den lugar a un proceso doloroso conocido como "pie de marcha", ocurre generalmente en adultos jóvenes que con un entrenamiento preliminar insuficiente, están obligados a realizar

marchas o maniobras prolongadas. Como puede ocurrir con los reclutas del ejército.

El afectado con más frecuencia es el segundo metatarsiano, y luego el segundo y/o con el tercero. Los síntomas son un dolor de intensidad en el aumento en el antepie tornando muy dificultosa la deambulacion, que calma con el reposo pero reaparece inmediatamente al caminar. Generalmente hay tumefacción sobre el dorso del pie afectado con enrojecimiento y sensibilidad a la palpación de la misma zona. La radiografía en las etapas iniciales puede no evidenciar anomalías, pero con frecuencia hay manifestaciones de hipertrofia de la diáfisis con disminución de la densidad ósea.

Finalmente puede observarse un trazo del espesor de mi cabello, denotando la existencia de una fractura espontánea, aunque con frecuencia la primera evidencia de tal fractura es la presencia de la formación del callo de consolidación que puede ser percibido a la palpación como una tumefacción irregular a lo largo de la diáfisis del hueso. Las fracturas ocurren más frecuentemente en el tercio distal de la diáfisis, ocasionalmente en el tercio medio, y menos frecuentemente proximal.

La Etiología detallada del proceso es oscura usualmente hay una concentración de esfuerzos funcionales sobre el hueso afectado (por ejemplo, sobrecarga del segundo metatarsiano debida a incapacidad del primero) que produce hipertrofia en exceso de las fuentes de nutricio disponibles originando rarefacción de la substancia ósea que, bajo la acción de la sobrecarga continuada se fractura espontáneamente.

Otras causas que se han sugerido son la oclusión del aporte vascular del hueso afectado, y también la contracción espasmódica de los músculos interóseos.

Tratamiento

El tratamiento consiste esencialmente en reposo, tan completo como sea posible, justo a la inmovilización local. En las etapas iniciales puede ser necesario aplicar calor y contrairritantes junto con inmovilización protectora.

Si tal tratamiento se ha iniciado antes de ocurrir la fractura, puede así prevenirla; y la afección se designa entonces "pie de marcha". Si se produce la fractura se llama entonces "fractura de marcha o por fatiga".

Aparte del tratamiento local, los factores productores de sobrecarga sobre el hueso afectado, deben ser investigados para efectuar su compensación por ejemplo, cuando el segundo metatarsiano esta sobrecargado, secundariamente a la incompetencia del primero, se tomaran medidas para colocar a la cabeza de este ultimo en un contacto efectivo para soportar la carga corporal en relación a la superficie de apoyo o sino deberá hacerse la igualación a través del antepie.

11. DEFORMACIONES CONGÉNITAS

Las anomalías congénitas de la estructura ósea del antepie, son de cierta frecuencia.

Pueden observarse metatarsianos y dedos supernumerarios, o solamente dedos de más proceso que con frecuencia tiene incidencia hereditaria. Se han observado a través del seguimiento clínico, a tres generaciones familiares con polidactilia.

A la inversa, pueden faltar uno o más metatarsianos con sus dedos.

Grados menores de esta deformación pueden ocurrir, en los cuáles los dedos adyacentes se presentan total o parcialmente fusionados (sindactilia).

www.revistapodologia.com

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

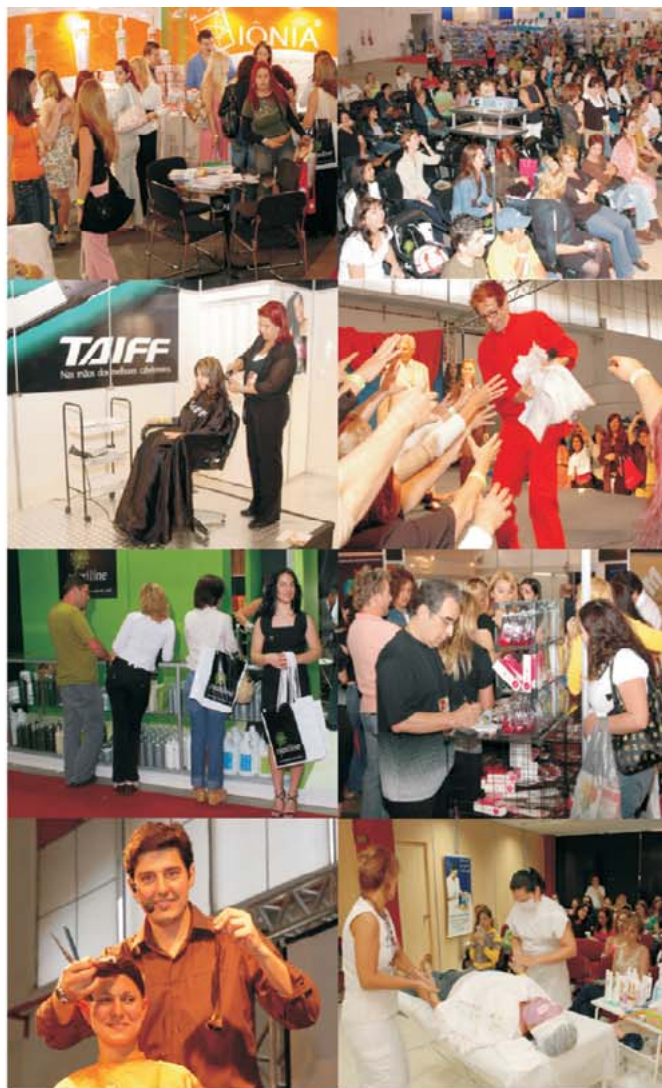
Desde 1997 na internet
informando os profissionais
da saúde e a estética do pé.

Productos, Guia de Empresas, Guia de Profesionales, Guia de Eventos, Guia de Instituciones, Donde Estudiar: cursos ... y mucho mas !!!

Sucesso foi absoluto na 2ª Feira e Congresso Catarinense da Beleza



A 2ª edição da Feira da Beleza levou mais de 8.500 profissionais do sul do País a Joinville, maior cidade de Santa Catarina, nos dias 12 e 13 de novembro de 2006. Esse foi o resultado das novidades, lançamentos, produtos e serviços apresentados, além de uma programação completa incluindo congresso de estética, cursos gratuitos e workshops. A busca nos stands pelas novidades atraiu muitos visitantes. Repleta de atrações, a feira foi um sucesso de público e críticas, tendo grande repercussão na mídia.



Feira apresentou o que há de mais moderno no setor da beleza.

Cabeleireiros, esteticistas, maquiadores, manicures, podólogos, representantes e distribuidores de vários estados brasileiros estiveram reunidos.

A programação incluiu feira, congresso de estética, cursos gratuitos, workshops e palco com apresentações, desfiles e demonstrações de produtos.

Renomadas marcas nacionais e internacionais estiveram se apresentando.

As apresentações de palco, grande atração da Feira, foram comandadas por Narciso Donna.

Uma excelente geração de negócios foi promovida para o mercado da Beleza.

A Salsatech - A Festa da Beleza, animou os profissionais que participaram com muita alegria.

A Feira contou com 80 expositores e 8.500 visitantes profissionais.

BELEZA 2007

Próxima edição já tem data marcada.

Seguindo o excelente resultado da edição de 2006, a 3ª Feira e Congresso Catarinense da Beleza já está confirmada para os dias 18 e 19 de novembro de 2007. O evento reunirá os mais renomados profissionais e marcas

consagradas que prometem atrair um público ainda maior com diversas atrações, tendências e lançamentos da Beleza. Garanta já a sua participação. Entre em contato com a Markt Events e reserve seu stand.

Presença Confirmada

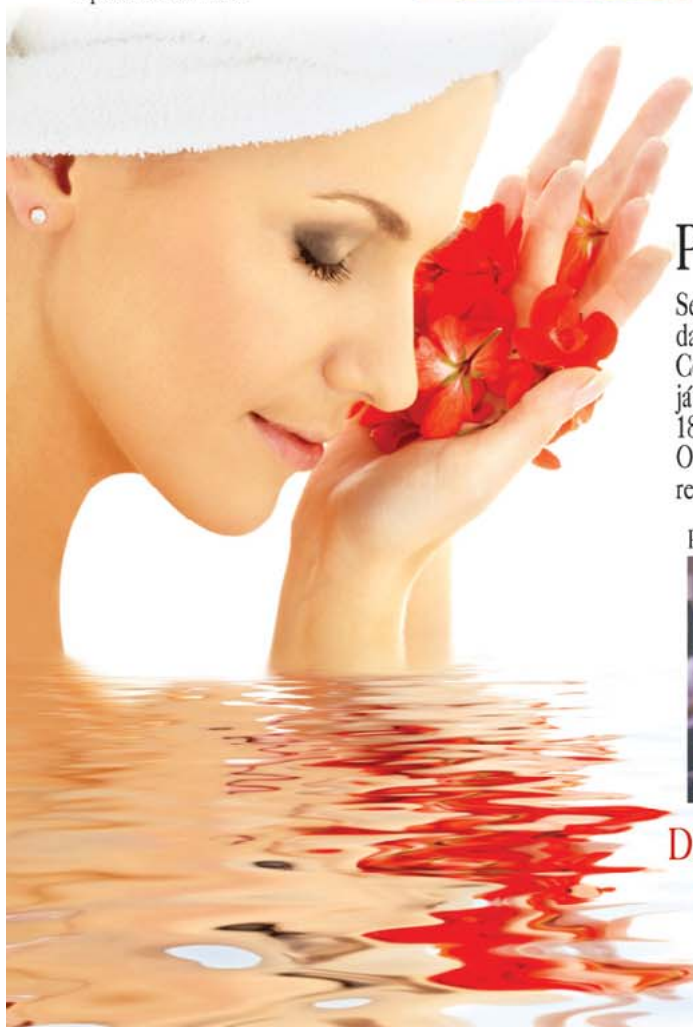


Geraldo Vasconcelos

Dias 18 e 19 de novembro
Centreventos Cau Hansen
Joinville SC



(47) 3028 0002
marktvents@marktvents.com.br
www.marktvents.com.br



Patologías Geriátricas.

Podóloga Patricia Salerno. Argentina.

En un forum sobre dermatología geriátrica el doctor R. K. Scher se refirió a la necesidad de revisar las 20 uñas del paciente geriátrico, afirma que cierto numero de alteraciones de las uñas son benignas, pero otras son muy serias, el aspecto clínico puede ser engañoso de manera que hay que realizar diversos testes, incluyendo cultivos y biopsia.

En los ancianos unos de los problemas mas comunes lo constituyen las uñas frágiles o quebradizas, esto significa una contraparte de la piel seca y es causada por la deshidratación y caracterizada por rotura, descamación, cortaduras y quiebre de las uñas.

El tratamiento es medico por medio de la ingesta de vitamina A.

Onicomycosis es común en los ancianos, los pacientes mayores presentan factores de riesgo que aumentan la susceptibilidad a las infecciones micóticas, incluyendo el menor índice de crecimiento de las uñas y el compromiso de la circulación en las extremidades.

Además hay deformidades de los huesos y hacen que las uñas y los pies sean mas susceptibles a los traumatismos que predisponen a las infecciones micóticas.

El Quiste Mixóide también se asocia con osteoartritis, se desarrolla cerca de la cutícula produciendo un surco longitudinal en la lamina ungueal, aparecen como un pequeño nódulo en la superficie de la piel, son habitualmente asintomáticos pero cuando crecen pueden comprometer la función del pie, el tratamiento es con criocirugía. La criocirugía es la destrucción de tejidos con el uso de baja temperatura con objetivos terapéuticos.

Algunas patologías ungueales son producidas por drogas sistémicas causando cambios en las uñas. En el caso del uso de drogas quimioterapéuticas se puede presentar una o mas líneas de Beau y además alteraciones pigmentarias, onicomadesis, alteración en la matriz ungueal inducidas por estas medicaciones que alteran la queratinización dejándola defectuosa y con esto deriva en el desarrollo de leuconiquia.

El uso de las tetraciclinas: los pacientes que reciben estos agentes anti-infecciosos pueden llevar a la separación de la lamina ungueal del lecho, también puede alterar la pigmentación gris azulada del lecho ungueal o bandas pigmentadas longitudinales.

Los retinoides sistémicos tiene un efecto potente sobre la queratinización de la uña y los pacientes tratados con etretinato para la psoriasis pueden desarrollar adelgazamiento de la lamina ungueal, fisuras, fragilidad, líneas de Beau, onicomadesis y paroniquia.

También la droga el litio (es el estabilizador de humor mas usado en la psiquiatría) altera las uñas con el aspecto de bandas color castaño con leuconiquia.

Bibliografía.
Tratado de dermatología.
Gentileza de la Doctora Analia Gristein, dermatóloga.

Metatarsalgias.

Podóloga Patricia Salerno. Argentina.

Etiopatogenia.

Las afecciones que pueden ocasionar una metatarsalgia se debe a varios motivos, se las clasifica en 4 cuadros según Viladot.

1- Metatarsalgia de origen mecánico. Se produce cuando hay un desequilibrio del normal reparto de fuerzas del antepié, cuando la sobrecarga es global y uniforme de todo el antepié. Esto ocurre en el pie equino y pie cavo. También esta la insuficiencia del primer radio y la insuficiencia de los radios medios.

2- Metatarsalgia debido a enfermedades localizadas en el antepié. Como ser afecciones óseas, neurovasculares o de partes blandas.

3- Metatarsalgia de origen sistémico. Enfermedades neurológicas, vasculares insuficiencias arteriales o venosas, procesos reumáticos artritis reumatoide, gota, etc., también metabólicas como diabetes.

4- Metatarsalgia postraumática. En este caso es a causa de un traumatismo ya sea por heridas, luxaciones, fracturas, se produce un desequilibrio mecánico alterando el apoyo del antepié.

Clínica general.

El síntoma del sufrimiento del antepié se manifiesta por la aparición del dolor, por lo tanto, la piel reacciona ante dicha sobrecarga con la formación de hiperqueratosis, bursitis, a esto se le suma al antepié las desviaciones de los

dedos, hallux valgus, dedos en garra, también hay que tener en cuenta el factor externo que es el calzado inadecuado que esta provocando dichas alteraciones.

Tratamientos.

Primero hay que analizar el origen de la metatarsalgia y de acuerdo con la etiología se hará la derivación correspondiente ya sea por alteración biomecánica se deriva al traumatólogo para hacer las plantillas con sus correspondientes descargas. Si es necesario se hará la derivación al reumatólogo o neurólogo, por medio de la historia clínica haremos su derivación a tiempo, orientando al paciente para su tratamiento y aliviando el dolor.



Bibliografía.
Viladot,Valenti.

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

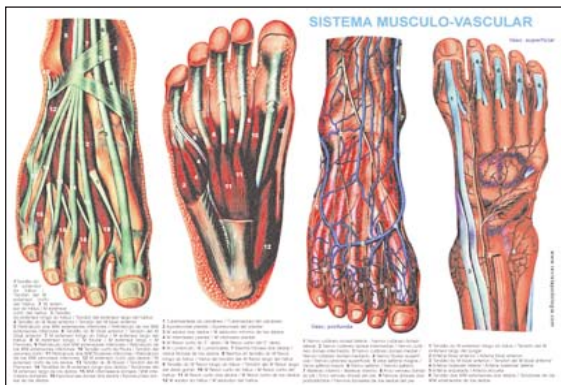
40 x 30 cm



ESQUELETO DEL PIE 1
ESQUELETO DO PÉ 1



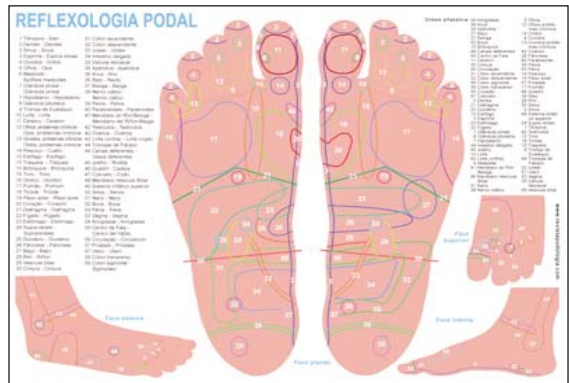
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



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