



revista podologia .com

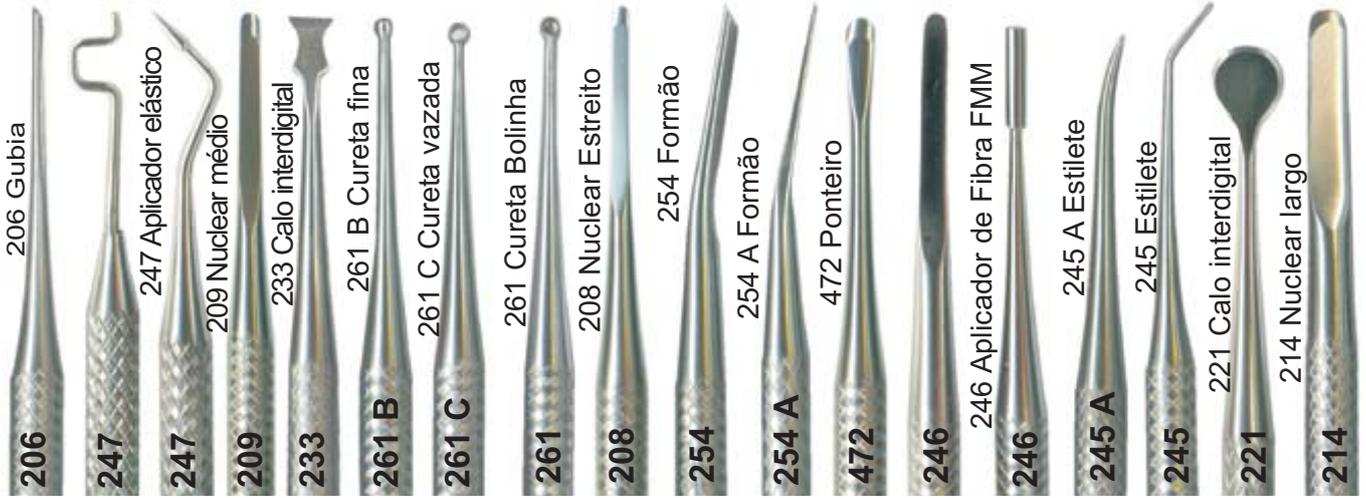
Nº 2 - Junio 2005

**Primera
Revista Digital
de Podología
Gratuita**



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° 2
Junio 2005

Directora científica: Podóloga Márcia Nogueira
Director comercial: Sr. Alberto Grillo.

Colaboradores:

Podólogo Alejandro Iribarren - **Chile.**

Lic. Juan Manuel Fernández Costales. **Cuba**

Dr. Luca Avagnina. **Italia**

Dr. Fernando Vazquez Abrego. **México**

Podólogo José Agustín Martínez Chiesa. **España**

Podóloga. Márcia Nogueira. **Brasil**

Dr. Abnel Alecrim Andrade. **Brasil**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 27

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Novo tel: #55 19 3365-1586 - Campinas - San Pablo - Brasil.
www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

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

Estimados Lectores

Estamos muy honrados con la recepción de la primera Revista Digital de Podología, y a cada momento que pasa, la repercusión de ella en el mundo, nos incentiva a seguir por el camino elegido.

El intercambio de información y experiencias, que es nuestra principal propuesta y meta, esta dando resultados satisfactorios y esto nos pone muy orgullosos.

Si, muy orgullosos y con razón, como referencia enumeramos algunos de los países de donde profesionales bajaron la Revista Digital: Noruega, España, Argentina, Brasil, Portugal, Bolivia, Perú, Venezuela, México, Costa Rica, Chile, Israel, Suecia, Ecuador, Uruguay, Italia, Bélgica, Holanda, Alemania, Malta, Japón, Colombia, Suiza, Cuba, Estados Unidos, Reino Unido, entre otros.

Sabemos que todo este estímulo nos lleva cada vez mas a creer que es preciso osar para crecer. Coraje y determinación son dos palabras que resumen la revista-podologia.com, pero siempre aliadas a su aceptación y aprobación, estimado lector.

Un agradecimiento especial a los anunciantes que creen en este importante proyecto, ya que sin su aporte seria imposible de realizar.

Hasta nuestro tercero, entre otros, encuentros en la red !

La Dirección.

ÍNDICE

<i>Espolón Calcáneo</i>	<i>6</i>
<i>Uso de Apósitos Hidrocoloides en</i>	
<i>Hemiceptomías</i>	<i>14</i>
<i>Podocibernética Postural. Ortesis, Concepción</i>	
<i>Triplanar</i>	<i>17</i>
<i>Exóstosis Sub-Unguial</i>	<i>20</i>
<i>Avulsión de las Uñas con Pomada de Urea</i>	<i>22</i>
<i>Reflexología Podal - Hipertiroidismo</i>	<i>24</i>
<i>Verrugas Plantares</i>	<i>25</i>

Linha Ureadin de Hidratantes

Hidratação Efetiva

- Para peles que necessitam de maior hidratação.
- Ação descamativa, antipruriginosa e antiinflamatória.^{1,2}
- Aroma suave e agradável.
- Controle da pele seca nos pés diabéticos.³



Referências - 1. Raab W. Biological functions and therapeutic properties of urea. *J. App. Cosmetol* 15: 115-123 (Oct-Dec1997). **2.** Swanbeck G. Urea in the treatment of dry skin. *Acta Derm Venereol Suppl (stockh)*. 1992; 177:7-8. **3.** Pham HT et al. A prospective, randomized, controlled double-blind study of a moisturizer for xerosis of the feet in patients with diabetes. *Ostomy Wound Manage*. 2002 May; 48(5):30-6.

Minibula

Ureadin uréia loção 10% 0,1g/mL; creme 20% 0,2g/g. **Indicações:** emoliente e hidratante tópico para o tratamento da pele seca e áspera, hiperqueratoses, ictioses (palmar e plantar) e eczemas. Ureadin 20 tem ação queratolítica e pode ser usado em calosidades e áreas rugosas de mãos, cotovelos, joelhos e pés. **Contra-indicações:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Reações adversas: pode ocorrer vermelhidão ou irritação local (caso ocorra, interromper o uso). Precauções: exclusivamente para uso externo; não permitir contato com os olhos ou utilizar nas áreas próximas a estes (caso isso ocorra, lavar com bastante água); evitar contato com mucosas; não aplicar sobre áreas com fissuras ou lesões, para evitar ardência (caso isso ocorra, interromper o uso). Interações medicamentosas: não há relatos, desde que utilizado de maneira tópica e adequada. Posologia: aplicar uniformemente sobre áreas ressecadas da pele, 2 a 3 vezes ao dia. USO PEDIÁTRICO OU ADULTO. Registro no MS.: 1.0181.0385 / 1.0181.0419. SIGA CORRETAMENTE O MODO DE USAR. NÃO DESAPARECENDO OS SINTOMAS, PROCURE ORIENTAÇÃO MÉDICA. Material destinado à profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.

 ISDIN

 Medley

 S.I.M.
0800 130666
www.medley.com.br

Espolón Calcáneo.

Lic. Juan M Fernández Costales - Jefe de Cátedra de Podología - Facultad de Tecnología de la Salud Salvador Allende. **Cuba.**

Hay muchas causas potenciales que ocasiona dolor en el área del talón. Entre ellos podemos citar patologías como la artritis reumatoide, la artrosis, la gota, la osteomielitis y algunas patologías tumorales, así también lesiones como las fracturas, las fisuras, el atrapamiento del nervio plantar, el síndrome del túnel tarsiano, la fascitis y el espolón calcáneo. Pero generalmente de este dolor en el talón se culpa casi siempre al Espolón Calcáneo, tema del que hablaremos a continuación.

El **Espolón Calcáneo** es una tumoración ósea benigna perteneciente al grupo de las exóstosis (*Exostosis: Hipertrofia parcial o circumscripita de la superficie de un hueso, diente o tendón.*). Se define como un osteofito o espícula ósea, que se desarrolla en la parte anterior de la tuberosidad del Calcáneo, específicamente en su inserción con la fascia plantar, extendiéndose lateralmente de forma total o parcial en la tuberosidad, y cuyo extremo puede o no irrumpir en la fascia plantar. Fig: 1.

El Espolón Calcáneo por ser una patología de causa multifactorial, puede presentarse, durante su desarrollo, en tres tipos de formas diferentes, las que van a estar muy ligadas a la intensidad de las causas o causa que le dieron origen, pues estas pueden actuar por separado o unidas. Quedando enmarcadas en tres características fundamentales a tener en cuenta durante el diagnóstico y tratamiento de la misma. Estaremos hablando entonces de su **dimensión**, de su **estructura** y de su **posición** en la tuberosidad del calcáneo.

La **dimensión** describirá el área que ocupa la exóstosis en largo, ancho, alto y forma en general con relación a la tuberosidad. Fig. 1

La **estructura** estará relacionada con el tipo o los tipos de tejidos presentes en la exóstosis (laxo, cartilaginoso, óseo) lo que caracterizará su consistencia, la que puede oscilar

entre lo laxo y lo compacto.

Y la **posición** en cuanto al lugar que ocupa en el espacio de la fascia plantar. Recordemos que esta no es más que un tejido fibroso grueso y tenso situado en la planta del pie que se inserta en la tuberosidad del calcáneo y se despliega hacia delante en 5 fascículos para anclarse en la base de los dedos, la cual tiene una función biomecánica.

Por lo que podemos describir al espolón en tres tipos con las características siguientes:

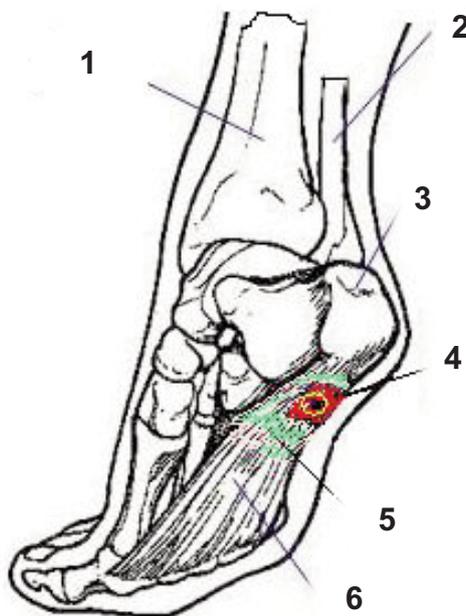
- **Largo asintomático:** Como bien lo afirma su clasificación en cuanto a su cuadro clínico y su examen complementario de RX. Es un osteofito largo en cuanto a su dimensión. Su consistencia puede ser muy rígida, muy laxa o medianamente rígida o laxa, lo que dependerá del tipo de tejido que prime, pero no es doloroso, por que no produce dolor. Ya que su posición no irrumpe la fascia plantar.

- **Largo sintomático:**

En este caso también es largo por las características de su cuadro clínico y su examen complementario de RX. El osteofito en cuanto a su dimensión y su consistencia puede ser muy rígida, muy laxa o medianamente rígida o laxa, lo que dependerá del tipo de tejido que prime. Produce dolor, ya que el área que ocupa su proyección anterior irrumpe la fascia plantar, produciendo la inflamación y dolor, lo que agudiza la fascitis existente.

- **Pequeño:**

Es un osteofito pequeño en cuanto a su dimensión y puede al igual que los anteriores, tener una estructura de consistencia muy rígida, muy laxa o medianamente rígida o laxa. En ocasiones no aparece radiológicamente, pero no es eso lo que lo distingue. A pesar de ser el más pequeño, su distinción está en ser el más doloroso. Y no por su dimensión o su estructura, sino por su posición,



- 1- Tibia
- 2- Peroné
- 3- Calcáneo
- 4- Zona de la exóstosis o espolón
- 5- Fascia inflamada
- 6- Fascia plantar

que en este caso se proyecta hacia la fascia plantar irrumpiéndola agresivamente. Produciendo un dolor agudo y facilitando la instalación procesos inflamatorios subagudos de la fascia plantar lo que agrava la fascitis.

ETIOLOGIA

Como habíamos hablado anteriormente nos encontramos ante una patología de causa multifactorial, ya que pueden ser varios los factores los que pueden darle origen. Estas causas pueden tener interrelación e intervenir juntas o por separado, a corto, mediano o largo plazo. Pudiendo una causa en ocasiones propiciar aparición de otra. Dentro de ellas tenemos que las más destacadas son: las infecciones, los traumatismos y las patologías estructurales, las que a la larga producen los ataques inflamatorios de la fascia o lo que es igual la fascitis, que dará lugar al Síndrome del Espolón Calcáneo. Por lo que debemos recordar que esta patología es "una consecuencia y no una causa", y para tratarla con éxito debemos ir a su causa o causas de origen.

- Las infecciones:

Pueden ser directas o indirectas. Las primeras por medio de traumatismos en la zona de la planta del pie como punzadas y heridas mal atendidas, que permitan el ingreso de gérmenes patógenos que puedan ocasionar la fascitis por absceso que posteriormente facilite la periostitis con el futuro desgarre del periostio. Y la segunda, es decir las indirectas, a través del torrente sanguíneo durante procesos infecciosos prolongados que pueden tener un mecanismo de formación muy parecido.

- Las patologías estructurales:

En la actualidad con el desarrollo en el campo biomecánico se le ha dado un lugar importantísimo a esta causa, pues la misma explica el fenómeno del "desgarre del periostio" muy evidente en las patologías donde la fascia esta sometida a grandes presiones posturales como el Pie Plano, Pie Cavo, Pie Varo, Pie Varo-equino y el Hallux Valgus, así como las variaciones de la marcha normal y las marchas patológicas, que son las más frecuentes dentro de las patologías estructurales que favorecen la instalación del Espolón Calcáneo.

- Los traumatismos:

El exceso de peso, la obesidad, el uso de calzado inadecuado, las fracturas, las fisuras, así como los accidentes en el caso de las caídas de alturas, también son factores que contribuyen a forzar la estructura arquitectónica de la bóveda plantar, facilitando las subluxaciones, el estrés

muscular y la ruptura de las fibras de la fascia con la posterior periostitis.

PATOGENIA

Producto de las causas antes analizadas que pueden actuar juntas o por separado en un período de tiempo dado, se produce de manera general la ruptura del periostio lo que da lugar a la formación de la exóstosis o espolón. En el caso biomecánico de las patologías estructurales y de las variaciones de la marcha normal y patológica veamos que sucede:

Al estar las estructuras óseas fuera de su posición normal los arcos que conforman la bóveda plantar también dejan de estar en su posición normal. Por lo que aparecen incongruencias en las caras articulares o subluxaciones en las articulaciones de la bóveda. La musculatura se estresa, tersa y sobrecarga con el trabajo mecánico de la bipedestación y la deambulación, por lo que la fascia plantar llega un momento que no resiste más esa tensión y se desgarra en su inserción con la tuberosidad del calcáneo. El desgarre produce la ruptura del periostio de la zona y por un mecanismo de osificación subperióstica restablecedora. Ese lugar se repara con nuevos osteositos y tejido hialino de la fascia (muy parecido al mecanismo de formación del callo óseo) formando la exóstosis.

La dimensión, la estructura y la posición de la exóstosis dependerá del grado y del lugar del desgarre del periostio. Las fibras de la fascia también se desgarran en la zona próxima al periostio, produciendo la inflamación de este, pudiendo provocar en algunos casos una sepsis focal con formación de una bursa subyacente o un absceso.

En el caso de la infección, por la vía que sea, producto del mecanismo bioquímico de defensa antígeno-anticuerpo (parecido al mecanismo de la artritis), favorece el desgarre del periostio al debilitar las fibras de la fascia en su inserción con la tuberosidad del calcáneo. Mecanismo que puede estar sustentado por todo el trabajo mecánico de la marcha y la bipedestación. También puede formarse un absceso que favorezca la periostitis y el posterior desgarre del periostio. El cual se restablecerá por el mecanismo de osificación subperióstica restablecedora, dejando formado el espolón o exóstosis.

Los traumatismos suceden por el exceso de peso, la obesidad y los accidentes, como las caídas de alturas y los saltos bruscos. Estos últimos pueden producir además fisuras o fracturas del Calcáneo.

En el primer caso la musculatura comienza a trabajar forzada y la distribución del peso corporal se hace casi insostenible, apareciendo las subluxaciones al perder la congruencia las articulaciones de la bóveda plantar.

Producto de toda esta asociación se llega a un punto donde aparecen ataques repetidos de miositis que ocasionan la fascitis y que posteriormente dan al traste con la ruptura de las fibras de la fascia y la posterior periostitis.

En el caso de los saltos bruscos y las caídas de alturas, también se rompen las fibras de la fascia y se desgarran el perióstio por el trauma brusco y severo de la contención del peso del cuerpo en la caída, lo que también puede facilitar una fisura o fractura en la tuberosidad del hueso calcáneo.

En el caso de los deportistas y en particular los volibolistas, los de campo y pista y en especial los saltadores de longitud, puede aparecer producto de un entrenamiento que no contemple la preparación adecuada y suficiente de la musculatura del pie, del uso inadecuado del calzado que exige la disciplina, o por no llevar el calzado de reglamento.

Por lo que el calzado también juega un papel importantísimo en la instalación de la fascitis cuando no se usa correctamente para la activi-

dad en cuestión para el que fue diseñado y/o cuando faltan o no están bien diseñadas sus partes componentes.

Dentro de ello tenemos los zapatos sin talón y las suelas demasiado altas y duras.

El primero facilita el desplazamiento de la almohadilla adiposa del talón al no poder contener este, lo que hace que el peso corporal esparza la almohadilla adiposa del talón deformándolo, haciendo que la primera fase de la marcha sea muy traumática y lesione al hueso calcáneo provocando la periostitis.

En el caso de las suelas demasiado altas (plataformas) y rígidas, la musculatura trabaja forzada al no poder realizar todos sus desplazamientos correctamente durante los tiempos y fases de la marcha, provocando la instalación de una marcha forzada que estresa y fatiga la musculatura desencadenando la miositis y la posterior periostitis.

CUADRO CLINICO

Signos

El signo primario es la fascitis plantar, con dolor localizado específicamente en el área de carga del talón. Comúnmente es más severo durante los primeros pasos al levantarse después

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFECCIONES!

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



RESULTADOS SURPREENDENTES!

HomeoPast

© 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** PODOLOGIA ESTÉTICA

Telefax.: (0**11) **6163-5363-6215-0070**
www.homeomag.com.br
atendimento@homeomag.com.br

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL

TENHA TODOS OS NOSSOS PRODUTOS EM SUA CLÍNICA!



Loção Hidratante c/ Mentol | Hidratante c/ Cera de Abelha e Silicone | Gel Hidratante Calmante | Creme para Fissuras | Amolecedor de Cutículas | Loção Emoliente

de descansar durante algún tiempo. Disminuye en cierta medida con la actividad, por la distensión de la fascia y reaparece de nuevo tras un periodo de descanso. Rara vez hay inflamación visible, enrojecimiento u otros cambios aparentes en la piel.

Es frecuente entre personas que practican deportes, individuos con sobrepeso, personas con pie cavo o pie plano.

Por lo que podemos resumir los signos en:

- Fascitis plantar
- Puede haber presente o no tumefacción de la zona.
- Puede haber presente o no Inflamación de la zona.
- Violación de los tiempos y fases de la marcha (cojera), durante el examen de marcha.
- Marcha forzada (el apoyo recae sobre el metatarso).
- Cambio en los puntos de apoyo (la distribución del peso corporal se inclina hacia las cabezas metatarsales).
- La fase del choque del talón casi desaparece pues se hace muy dolorosa al iniciar la marcha levantarse.
- Hay Claudicación intermitente.
- Puede haber desplazamiento de la almohadilla adiposa del talón en mayor o menor grado, que se hace más fina en esa zona.

Síntomas

- El dolor es el principal síntoma y comienza en las mañanas, cuando se dan los primeros pasos, o luego de períodos prolongados de reposo.
- Hay dolor punzante en la zona plantar del talón.
- Hay dolor en el reposo y en la diambulación.
- Hay dolor al calzarse.

PRONÓSTICO

Este es más frecuente en jóvenes, adultos jóvenes y adultos mayores. En este último grupo producto del desgaste corporal entre otras causas. Por lo que las edades oscilan entre los 18 y 70 años. En las edades de vida deportiva activa hay un gran porcentaje.

Puede aparecer lo mismo en hombres que mujeres y algunos autores plantean su relación con la herencia. Aunque debemos recordar que se puede presentar a cualquier edad mientras se favorezcan las condiciones que hemos estudiado.

DIAGNÓSTICO

De forma general hay un gran número pacien-

tes que acuden a nuestros servicios de podología por presentar "dolores en el talón o calcañal", atribuyéndole siempre ese síntoma, por desconocimiento, al Espolón Calcáneo. O por no tener signos evidentes de lesiones cutáneas o de otro tipo. Algunos de ellos equivocados, pero otros en mayor porcentaje aciertan.

Para tener éxito en el diagnóstico del Espolón Calcáneo hay que realizar un minucioso examen físico con una profunda anamnesis del paciente. Teniendo presente siempre el diagnóstico diferencial de esta entidad, que es bastante amplio por todas las patologías o lesiones que producen talalgia. Dentro de ellas tenemos patologías como la artritis reumatoide, la artrosis, la gota, la osteomielitis y los tumores, así también lesiones como el atrapamiento del nervio plantar, síndrome del túnel tarsiano, la fascitis plantar y los traumatismos. Por lo que debemos tener siempre presente que "el dolor en el talón no supone necesariamente la presencia de un espolón".

Para su diagnóstico existen maniobras de estimamiento y compresión directa sobre la zona del talón que sirven para determinar la presencia de la espícula, pero en ocasiones puede confundirnos, ya que cualquier manipulación en el lugar producirá más dolor.

El examen imagenológico con las técnicas radiográficas de calcáneo lateral con filtro (para concentrar las radiaciones solo en el calcáneo) es suficiente para visualizar la exóstosis, o de calcáneo lateral en carga y calcáneo axial planta-dorsal para cuando este sea muy pequeño o esté hacia el centro de la tuberosidad. Por lo que es de vital importancia este examen complementario para el diagnóstico certero.



PRONÓSTICO

El espolón a pesar de ser una tumoración, su evolución no hace peligrar la vida del paciente.

Aunque debemos recordar que puede invalidar a este por algún tiempo limitándolo de su actividad laboral y social.

Este puede prevenirse si se cumplen algunas orientaciones sanitarias al respecto como:

- Emplear un calzado con suelas suaves, amortiguadoras, con tacón adecuado (su altura no debe sobrepasar los 2,5 cm) y almohadillado.
- Usar calzado cerrado y protegido para levantar, cargar y trasladar grandes pesos.
- Evitar las estancias de pie innecesariamente prolongadas.
- Controlar el exceso de peso corporal.
- Hacer ejercicios fortalecedores de la musculatura de la bóveda del pie.
- No iniciar carreras o saltos sin preparar la musculatura del pie con antelación.
- Corregir, detener o palear las deformidades estructurales del pie mediante el uso de aditamentos ortésicos.

TRATAMIENTO

El tratamiento del espolón Calcáneo se enmarca en dos grandes grupos, uno conservador y otro quirúrgico.

Tratamiento conservador

Hablaremos primero del conservador. Este tratamiento consta de varias pautas que pueden utilizarse separadas o juntas, para potenciar los resultados y minimizar el tiempo de tratamiento y de recuperación del paciente a la vida social. Todos ellos encaminados a reducir la fascitis y destruir la exostosis.

Dentro del tratamiento conservador tenemos los siguientes:

- Quiropodológico:

Encaminado a deslaminar las hiperqueratosis y durezas de la zona, para facilitar la elasticidad de la piel y su permeabilidad. Facilitando así la eliminación de cualquier barrera que impida el contacto con ella de los instrumentos o equipos de las otras variantes de tratamiento.

- Farmacoterapia:

Este está encaminado a reducir la inflamación, aliviar el dolor y destruir la exostosis, con el uso de fármacos antiinflamatorios, analgésicos y corticosteroides en forma de infiltraciones y bloques. Estos últimos han dado muy buenos resultados a pesar de ser Invasivos.

- Fisioterapia:

Esta puede ser muy útil. El objetivo inicial de la terapia física es disminuir la inflamación y minimizar el dolor. Más tarde, se pueden potenciar los músculos de la bóveda para que presten mejor soporte a la fascia plantar debilitada. Dentro de

ellos tenemos la ultrasonoterapia, la laserterapia, la crioterapia, el estímulo eléctrico, la hidroterapia, la acupuntura y el reposo.

- Ultrasonoterapia:

Se puede usar el método directo o el subacuático. Su dosificación estará relacionada con la frecuencia, la intensidad, el tiempo, el modo de acoplamiento, la movilidad del cabezal y la extensión, características y profundidad del tejido. Por lo que es recomendable: Emisión pulsátil, intensidad de 0,8 a 1,5 W/Cm², aplicación directa y frecuencia de 3 MHz en un tiempo de 5 a 10 minutos según la extensión de la exostosis. Hay que tener presente siempre las contraindicaciones.

- Crioterapia:

El masaje con hielo, preferiblemente un par de veces al día o al menos una vez al final del día (puede llenar una pequeña botella de plástico con agua y congelarla). Pasar la botella durante unos 20 minutos por toda la planta desde el talón hasta la parte trasera de las cabezas metatarsales, enfatizando el arco del pie. Proporciona masaje, estiramiento y frío.

- Laserterapia:

Se utiliza para provocar efecto analgésico con el aumento en la cantidad de beta-endomorfina y del restablecimiento del equilibrio energético tisular. Y como bioestimulante para acelerar la regeneración tisular. Es importante marcar la zona del espolón por puntos y aplicar el láser durante 1 minuto o minuto y medio como promedio.

- Acupuntura:

Esta modalidad milenaria se utilizará como alternativa y analgésica, utilizando agujas tipo capilares cilíndricos de medio che (grosor de un caballo) y los siguientes puntos:

- E-41: Parte anterior del tobillo entre los dos maleolos y moxar durante 5 minutos.
- V-60: Localizado en la depresión del tendón de Aquiles y el maleolo externo. Punzar en ángulo recto y moxar de 5 a 10 minutos.
- R-3: Localizado en la depresión del tendón de Aquiles y el maleolo interno. Punzar en ángulo recto y moxar de 5 a 10 minutos.

- Hidroterapia:

Se aprovechará el efecto hidroquinético y hidrotermal para el relajamiento de la musculatura de la bóveda plantar, con duchas de golpe a presión frío o caliente y baños de contraste.

- Electroterapia:

Utilizaremos en este caso las corrientes inter-

ferenciais por electroestimulación. Su función será analgésica y antiinflamatoria. Para ello debemos colocar los electrodos de la siguiente forma: un electrodo pequeño en la zona del plantar del calcáneo, otro en la zona de las cabezas metatarsianas y otro unido al del calcáneo en la región posterior del maleolo tibial. Para ello utilizaremos una frecuencia de barrido de 50 a 100 Hz, con una corriente portadora de 10 000. KHz, que disminuirémos con las sesiones y según la tolerancia del paciente hasta 4.000 KHz.

La duración del tratamiento será de 10 minutos, con 4 series de 15 contracciones de 4 segundos cada una a intensidad máxima, con 8 segundos de descanso entre cada serie. Este puede utilizarse con el ultrasonido en terapia combinada.

- Reposo:

Utilice el dolor como guía. Disminuya su actividad o ejercicio.

- Vendajes:

La aplicación de las técnicas de vendaje de contención con tiras de esparadrapo en toda la longitud de la fascia plantar puede ser muy eficaces, especialmente para el dolor agudo y en la actividad deportiva. Al principio debe aplicarse a diario. Tiene la finalidad de aliviar la tensión de la fascia. Consiste en aplicarlo de la siguiente forma:

- Con los dedos flexionados aplicar una banda de reforzamiento oblicuo en la zona metatarsal.

- Otra banda que salga de la cabeza del primer metatarsiano, pasando por la zona medial del arco interno, siguiendo por detrás del tobillo hasta llegar atravesando el centro de la bóveda al primer metatarsiano.

- Otra banda que salga de la cabeza del quinto metatarsiano, pasando por la zona lateral del arco externo, siguiendo por detrás del tobillo hasta llegar atravesando el centro de la bóveda al quinto metatarsiano.

- Tres bandas de reforzamiento que partan por separado desde el centro del talón hacia las cabezas metatarsianas del 1ro, 2do, 3ro, 4to y 5to metatarsiano.

- Bandas de cierre transversales a todo lo ancho del pie, desde el talón hasta los metas.

- Ejercicios:

Su utilidad radica en indicarlos particularmente teniendo en cuenta las particularidades de las causas o causa que dio origen a la exostosis y a tonificar la musculatura. Pueden ser de estiramiento y de facilitación neuromuscular propioceptiva: los primeros descritos para la fascia plantar, el tendón de Aquiles y músculos de la pantorrilla y los segundos para activar nuevos esquemas de coordinación neuromuscular, con equilibrio monopodal y ejercicios de coordina-

CURSOS PODOLOGIA nível Básico

Mag Estética
Beleza feita com Arte

CONTEÚDO PRÁTICO E ATUAL

- Biologia Geral
- Patologia dos pés
- Biossegurança
- Organização e Gestão
- Ética e relações profissionais
- Primeiros Socorros
- Anamnese
- Órteses - correção da curvatura da unha (fibra e botton)
- Onicomicoses
- Calos e calosidades
- Verrugas
- Tratamento dos pés (hidratação e nutrição)
- Polimento
- Afição de instrumentos
- Noções de reflexologia
- Micro-motor (brocas)

Aulas práticas com modelos

Valor do Curso: R\$ 1.200,00 (8 parcelas de R\$ 150,00)



Modelo Podhol
O novo companheiro do podólogo

Aparelho de corrente alternada, de frequência elevadíssima.

Composto de cinco eletródos que através de processo de faiscamento produzem ozônio que tem as funções: bactericida, bacteriostática, fungicida, estimulante, hemostática e destrutiva.

Carga Horária: 320 horas (8 meses)

Próxima Turma: consultar data

Inscrições grátis
Inscreeva-se Já!

Tratamento Pés e Mãos

Kit Keramotil

Sistema desenvolvido com a finalidade de minimizar contaminações durante o procedimento e agilizar em 50% o trabalho dos profissionais das áreas de podologia e estética/beleza.



Phitocreme
(Creme Hidratante/Cicatrizante)
Rende até 100 aplicações mãos e pés.



Keramotil
(Concentrado)
Rende 720 ml



Higienize
(Concentrado)
Rende 1440 ml

O Kit completo contém:
1 higienize concentrado,
1 higienize pronto para uso spray,
1 Keramotil concentrado,
1 Keramotil pronto para uso spray e
1 Phitocreme.

Novo endereço: Av. Paes de Barros, 3237 - Mooca - SP - Fone:(11) 6161-7763
E-mail: magestetica@magestetica.com.br www.magestetica.com.br

ción. Dentro de ellos podemos indicar:

Estiramientos:

- Coloque una toalla por la base de los dedos del pie afecto e intente tirar de ella lentamente hacia usted y aumente el grado de angulación de los dedos. Haga varias repeticiones con descansos entre ellas.

- Trate de arrugar un paño con sus dedos.

- Ponerse a cierta distancia de una mesa apoyando las manos sobre la misma, flexionando una rodilla y con la otra estirada. Lentamente inclínese hacia la mesa, presionando hacia delante hasta que sienta una tensión moderada en los músculos de la pantorrilla de la pierna estirada. Mantenga esta posición durante 15 segundos sin separar los pies del suelo.

- Con ambos talones en el suelo, doble la rodilla de la pierna recta hasta sentir una tensión moderada en el tendón de Aquiles y mantenga esta posición otros 15 segundos.

- Masajee su pie doloroso lentamente sobre la pantorrilla de la otra pierna de arriba y hacia abajo, tratando de rodearla con los dedos.

- Facilitación neuromuscular propioceptiva:

- Se realizará apoyo monopodal con la misión de romper el equilibrio y que la musculatura reaccione para reponerlo. Comenzando con los ojos abiertos variando el centro de gravedad sobre una sola pierna en flexión, extensión, inversión y eversión del tobillo, siguiendo con los ojos cerrados. Se utilizarán superficies inestables como la arena y los colchones. Debe realizarse 3 veces a la semana. Este ejercicio se puede combinar con la estimulación eléctrica sobre el plato de Freeman.

- Ortopodológico:

- Taloneras: Existe una gran variedad de almohadillas para el talón o taloneras, y generalmente son muy útiles.

- Órtesis: Las plantillas correctoras o las órtesis deben ser anatómicas flexibles y amortiguadoras, que se adosen a la musculatura para paliar las deformidades y ayudar a la marcha ergonómica.

- Calzado: Los calzados con tacón blando y amplio, y con suela amortiguadora y flexible proporcionan la máxima comodidad y protección. El calzado deportivo es recomendable.

- Férulas nocturnas: Las férulas nocturnas mantienen el pie extendido a nivel del tobillo y son un método eficaz de tratamiento.

Nota:

Es importante señalar que cualquiera de estas formas o variantes del tratamiento conservador puede ser utilizadas como coadyuvante del tratamiento pre o post quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico debe utilizarse cuando se han agotado todos los recursos del tratamiento conservador, cuando este sobrepase los 6 a 12 meses de tratamiento sin éxito. Pues ningún procedimiento o cirugía está libre de riesgos, y no hay garantías en cuanto al éxito del procedimiento y afortunadamente, la mayor parte de las complicaciones quirúrgicas pueden resolverse mediante tratamientos y cuidados de seguimiento ofrecidos por el especialista. Los riesgos postoperatorios son: recuperación tardía, infección, dolor en el área del arco y un posible adormecimiento en los puntos de incisión.

La cirugía debe realizarse por mínimo acceso para liberar la parte de la fascia plantar que está siendo afectada. Este procedimiento innovador presenta menos riesgos que los presentados por los tratamientos quirúrgicos que se ofrecían anteriormente.

Es importante recordar que el espolón o exostosis es el resultado de una irritación e inflamación crónicas, donde la fascia que está adherida al hueso del talón ejerce tracción durante un período prolongado de tiempo. El espolón es el resultado de esta irritación extendida, la que después se instala contribuyendo a la talalgia

La fasciotomía plantar endoscopia es el método más innovador en la actualidad para manejar la talalgia, para la corrección del síndrome de espolón calcáneo y para la fascitis plantar. Esta cirugía tiene un índice de éxito que fluctúa entre un 50 % y un 97 %.

Este nuevo procedimiento permite que el período de recuperación sea más corto y la reincorporación a las actividades normales sea más rápida. Se recomienda carga completa del peso corporal inmediatamente después del procedimiento.

Esta cirugía es de carácter ambulatorio. Durante el procedimiento se utiliza una instrumentación especializada.

El cirujano inserta fibras ópticas mediante dos pequeñas incisiones en el pie, que le permiten visualizar directamente la estructura del pie en un monitor. Una vez se examina la banda de la fascia plantar, se hace una valoración y por último se libera la misma.

Puede que se recomienden otros tipos de intervenciones quirúrgicas, según sea el caso individual del paciente. Al realizar esta técnica no es necesario remover el espolón calcáneo para aliviar el dolor. Se hace una pequeña incisión en la porción afectada de la fascia para liberar la tensión de la tracción.

La mayoría de los pacientes puede reincorpora-

se a su trabajo luego de una semana y volver a su ritmo de vida normal luego de un mes. Otro atractivo que ofrece este procedimiento es que muchos pacientes pueden usar sus propios zapatos tres días después de realizado el procedimiento.

El período de recuperación puede variar en cada paciente; todo dependerá de su edad y de su nivel de actividad.

A modo de resumen es importante señalar que para tener éxito en la cura del Espolón Calcáneo hay que combinar las variantes del tratamiento conservador.

Para esto es necesario definir muy bien su etiología. En mi experiencia la causa biomecánica de las patologías estructurales la de mayor incidencia. Por lo que hay que diseñar un esquema de tratamiento que tenga como objetivo primordial la eliminación del dolor y la destrucción de la espícula. Para lograr esto es necesario combinar el uso de fármacos analgésicos y antiinflamato-

rios, técnicas de fisioterapia (las que usted determine), aunque el ultrasonido y el láser han dado muy buenos resultados.

Así como la calzadoterapia y las órtesis para corregir las patologías ortopédicas de base y restablecer la marcha higiénica, con plantillas anatómicas o calzado especializado.

Evitando con esto la recidiva de la lesión, o cambiando la posición de esta para que no irrumpa en la fascia. De esta manera no se produce dolor y las estructuras estarán en su posición fisiológica, lo que desaparecerá la tensión de la fascia.

Así también como ejercicios para fortalecer la musculatura plantar. Solo si se cumple disciplinadamente con el esquema de tratamiento propuesto se logrará con éxito la total recuperación del paciente. Acortando así su estado de convalecencia e incorporándolo a la vida social y laboral. ▣

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Campell, Willis C. Cirugía Ortopédica / Allen E. Edmonson: A.H.Crenshaw: 6.e.d, Ciudad Habana. Editorial Científico Técnica, 1984. 3 t.
- 2- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Material de apoyo para la formación del técnico medio de podología. Ciudad de la Habana, 1985, 2 t.
- 3- Martínez Páez, Julio. Nociones de Ortopedia y traumatología. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1982. 2 t.
- 4- Peyre, Nelson C. Podología: estudio de pie y clínica podología. Madrid: Paraninfo, 1997.
- 5- Plas, F La Marcha Humana: cinesiología dinámica, biomecánica y patomecánica. Barcelona, España: Masson, 1984.
- 6- Rayos X / José O. Mulkay Moreno / et. al / Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987. 3t.
- 7- Rocabrana Mederos, Juan Carlos. Gerontología y Geriatria clínica. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992. 1 t.
- 8- Sinelnikov. R D. Atlas de Anatomía.
- 9- Dr. Álvarez Días Tomas A. Manual de acupuntura. Ecimed. Editorial ciencias médicas. La habana 1992.
- 10- Álvarez Cambra Rodrigo. Tratado de Ortopedia y traumatología. Tomo II. Editorial Pueblo Nuevo. 1985.
- 11- Patología y patogenia relacionada con la acupuntura. Editorial CABAL. España.
- 12- Sánchez Roble Luis. Tratamiento del síndrome de la fascitis plantar. Revista española de podología. 2da época/vol. 5/No 8/Noviembre-Diciembre 1995.
- 13- Martínez Sánchez Julio. La acupuntura en las algias de los pies. Revista española de podología. 2da época/vol. 11/No 5/Julo-Agosto 2000.
- 14- Basas García A. fascitis plantar prevención y tratamiento. Revista española de podología. 2da época/vol.10/No 3/Monográfico de Mayo1999.
- 15- Vásquez Amelia, F. Javier. Uso del láser en podología. Revista española de podología. 2da época/vol.10/No 1/Enero-Febrero1999.
- 16- Domínguez Maldonado Gabriel. Ultrasonoterapia en podología. Revista española de podología. 2da época/vol.11/No 6/septiembre-October 2000.

www.revistapodologia.com

Desde 1997 en internet informando a los profesionales

Uso de Apósitos Hidrocoloides en Hemiceptomías.

Podologo Alejandro Iribarren - *Chile.*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por finalidad efectuar un procedimiento diferente en el manejo de heridas; remplazando el puente de gasa obligatorio que se usa en la curación posterior a una Hemiceptomia por un cuadro de Onicocriptosis (uña encarnada)

CONCEPTOS

La onicocriptosis o uña encarnada es una afección común de las uñas, dolorosa y frecuentemente sobre infectada. Constituye probablemente el motivo de Consulta Podológica mas frecuente.

Se trata de la encarnación del borde anterolateral de la uña a modo de espícula, que originara una lesión granulomatosa del repliegue lateral de la lamina ungueal.

Secundariamente a este hecho mecánico, se

desarrollara una paroniquia que consiste en la afectación del repliegue ungueal con características inflamatorias.

ETIOLOGÍA

La aparición de una onicocriptosis se ve favorecida por una curvatura acentuada de la uña, por presión del calzado mal adaptado, por la presencia de exostosis o por el hecho de cortar las uñas de forma excesivamente ranurada y en ángulo agudo.

La espícula resultante actúa a modo de lanceta, introduciéndose con su crecimiento en el interior del repliegue lateral de la uña, hecho que genera un exacerbado dolor, si bien puede ser indolora cuando existe una neuropatía periférica. Con posterioridad, se desarrolla un granuloma, un batriomicoma o una paroniquia.

Esta ultima es con frecuencia producida por



Cód. 17600

Cód. 17201

Cód. 15200

Cód. 15401

Cód. 13932

FERRANTE

CADEIRAS GENNARO FERRANTE Ltda.
Independencia 661 - Cep: 01524-001 - Cambuci - São Paulo - SP
Grande São Paulo Tel: 6163-7815 / Demais Regiões DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

Cándida Albicans a la que suele ir asociado el Staphylococcus Aureus, Streptococcus Beta-hemolítico o, mas raramente la Pseudomonas aeruginosa.

DIAGNOSTICO

El ortejo tiene una apariencia tumefacta y eritematosa, dejando un espacio abierto entre el repliegue y la matriz ungueal, en el que se acumula material extraño y por donde con frecuencia se evacua serosidad purulenta. La paroniquia candidiasica se caracteriza por presentar un aspecto de escaldadura con perdida de cutícula.

La paroniquia también puede ser secundaria a un traumatismo sobre el repliegue ungueal.

Puede obtenerse una muestra de pus para estudio bacteriano y micológico con la finalidad de prescribir antibiótico terapia en forma mas precisa.

TRATAMIENTO

El primer objetivo del tratamiento es eliminar la porción de uña que irrita la piel.

La paroniquia puede solucionarse con un simple desbridamiento practicado en el ángulo del absceso y la administración de antibiótico terapia oral, asociada a un tratamiento tópico anticandidiásico y antibacteriano en forma liquida ejemplo povidona yodada.

En casos mas avanzados seria necesaria la ablución del borde de la uña implicada bajo anestesia local, siendo fundamental, en el paciente diabético, realizar previamente una valoración del estado de la perfusión arterial del pie mediante examen hemodinámica.

Posteriormente, se aplicara siempre una compresa con povidona yodada.

En los casos de recidiva es aconsejable practicar ablución del borde de la uña hasta la matriz o incluso la ablución total de la misma.

En cualquier caso, la profilaxis encaminada a evitar los factores mecánicos que favorecen la aparición de la uña encarnada, es un aspecto básico de educación sanitaria que el enfermo diabético deberá recibir de sus educadores.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Primer Control

Paciente se presenta el día 26 octubre 2004 derivado de un Consultorio de Salud, con un cuadro de onicocriptosis 7 grado, en primer ortejo pie izquierdo, borde externo, edematoso y eritematoso con abundante secreción purulenta y

dolor exacerbado, presencia de tumor telangiectasico.

El tratamiento elegido es efectuar un lavado por arrastre con suero fisiológico, aplicación de crema bactericida y sellado con cemento quirúrgico. Se indica deberá concurrir a las 24 horas.

Segundo Control

Paciente con surcos periungueales despejados, tumor disminuido. Se efectuó Hemicteptomia, corte parcial de la lamina ungueal en forma longitudinal de distal a proximal.

Lavado con suero fisiológico, aplicación de puente con povidona yodada y aposito no oclusivo. Se indica control a las 48 hs.

Tercer Control

29 octubre 2004 Paciente acude a control, buena evolución, herida limpia de infección, exudación moderada a leve, ausencia de dolor.

ESTADO DE LA HERIDA

Incidencias

Efectuada la anamnesis podológica específica, paciente realizado gran actividad pedestre, no efectuó descuido con el vendaje apósito no oclusivo, incluso ducha.

Observaciones

Paciente presenta un cuadro dermatomicosis intertriginosa. Se determina efectuar un tratamiento de curación usando Hidrocoloide formado con polímeros absorbentes, formado de un 30% de alginato de calcio lo que aumentara absorbentes.

TRATAMIENTO

- Retirar apósito antiguo
- Exéresis del tejido macerado, desbridamiento
- Limpieza de herida, irrigación con suero fisiológico
- Postura de apósito hidrocoloide en forma de puente, espacio, surco y borde periungueal
- Se coloca cinta fix, elástica, micro porosa, adaptabilidad a la morfología del ortejo.

INDICACIONES

- Control en 5 días, dependiendo del drenaje y saturación.
- Acudir a control anticipadamente en caso de filtraciones.
- Educación en aseo y secado prolijo.
- Considerar tratamiento para la dermatomicosis.

CONCLUSIONES

Existen demasiadas sugerencias a la hora de elegir una propuesta para un óptimo cuidado de las heridas. Siempre la mejor elección estará supeditada al tipo de herida, al estado general del paciente y a la disponibilidad de costos para elegir los mejores materiales de curación y el personal más idóneo.

En este caso considerando los parámetros de la herida como ubicación, tamaño, exudación, profundidad, apariencia del tejido, piel circundante, no-infección, inflamación y evolución.

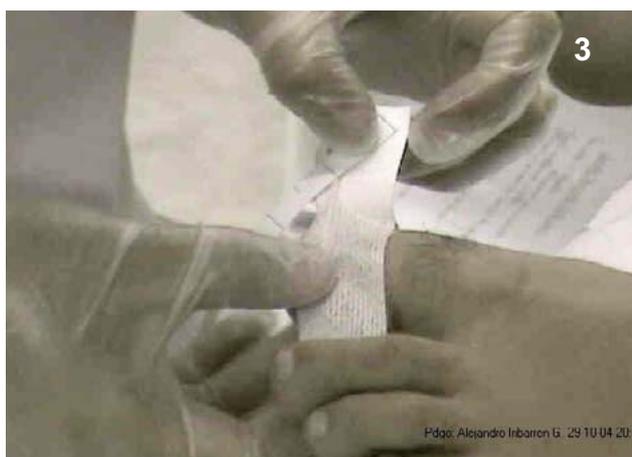
La condición del estado general del paciente, sus actividades rutinarias con alto grado de esfuerzo pedestre, los factores predisponentes de hiperhidrosis no controlada son factores negativos para alcanzar una óptima cicatrización.

Es así como considero variar los procedimientos

tradicionales de curación. Esto es cambiar el puente de gasa estéril con povidona yodada por un tipo de parche hidrocólicoide, si bien es cierto el procedimiento tradicional tiene respetables índices de efectividad, no resulta óptimo en este tipo de pacientes.

En otras experiencias realizadas, en la cual se usaron apósitos hidrocólicos replazando los puentes que separan la lamina ungueal del tejido adyacente posterior a la Hemicteptomia, incluso en pacientes diabéticos controlados, entregaron excelentes resultados.

La Podología como nueva disciplina y en constante desarrollo asume y adopta este tipo de procedimiento de curaciones, con la finalidad última de beneficiar al paciente evitando las complicaciones, muchas veces lamentables, de los procedimientos tradicionales que no siempre son efectivos en diferentes tipos de pacientes. ▣



BIBLIOGRAFÍA

- Folleto Guía de Procedimientos Kendall para el cuidado de Heridas
- Literatura extractada del Diploma Prevención y manejo integral del Paciente con lesiones crónicas: Universidad de Concepción, facultad de Medicina, Dpto. de Enfermería. 2004
- Pagina web www.podología.cl
- Manual de Cirugía menor, Dr. Sergio puente G. MINSAL año 1998
- Extractos asignatura Podología del Paciente Diabético, Escuela de Podología Clínica C.F.T. Barros Arana
- Manual Merck, Información Medica, Merck Sharp & Dohme, Editorial Océano.

Podocibernética Postural. Ortesis, Concepción Triplanar.

Dr. Luca Avagnina - Podologo, Posturologo y Podiatra. Especialista en Podologia del Deporte. **Italia.**

Porque podocibernética ?

Porque los estudios podológicos verdaderamente modernos e innovativos deben ajustarse a la actualidad neurológica. Los principios de la cibernética implican la asimilación y la utilización de la información aplicado a maquinas y computadores; si se transporta a los seres humanos, compuesto también de un sistema de informaciones, esto nos puede permitir dar grandes pasos.

Pero de que manera ?

Permitiendo pasar de una visión ortopédica basada solo en la anatomía y el estudio de la forma, por una visión olística integral. La palabra olística, viene de olos, que quiere decir "global". Buscando adaptaciones a nuestra propia psicología, a nuestro modo de vivir, a nuestro modo de reaccionar a los estímulos externos.

La podoposturologia, en mi concepción, debe verse en sentido triplanar, viendo al individuo del lado biomecánico y de un modo global; actuando en este último en la parte física podemos llegar a modificar las otras partes del conjunto, la parte psíquica o energética de modo que la coreografía de nuestros movimientos se convierta en la expresión de lo que somos internamente.

Triplanar biomecánico: - plano sagital, plano frontal y plano horizontal.

Triplanar olístico: - la parte física, mental y de la energía.

Triplanar postural: - la estática, la deambulación y los gestos y movimientos.

Leyendo algunos libros e artículos encuentro siempre verdades absolutas, esquemas precisos de patologías y conclusiones lógicas terapéuticas; pero mi filosofía contradice estas afirmaciones por que no existe nada absoluto para resolver cada caso, de donde derivan dos teorías:

A) teorías subjetivas, dispensador de verdades absolutas: Lelieve, Lavigne, Root, Bourdiol, Villeneuve, Bricot.

B) realidad objetiva, cada uno ha encontrado una buena solución para resolver a su modo los problemas que se le han presentado.

La naturaleza no tiene nuestra lógica, nosotros

tenemos que simplificar para catalogar; pero la Medicina no es Matemática, como ejemplo tenemos los tests de psicología cuidadosamente seguidos y después comportamientos inexplicables; o como en nuestro campo precisas terapias y después en la práctica, encontramos otros resultados.

Mi idea es entrar en la nueva era, lo que significa que algo ha cambiado y que en definitiva es el momento de la rearmonización, ciertamente comenzando del pie, pero analizando todo el ser humano.

En la relación hombre-pie es fundamental el equilibrio en función de: del esquema corporal, los receptores laberínticos, las informaciones visuales, los sistemas propioceptivos, los captos esteroceptivos, el psiquismo, la morfología, la respiración, la oclusión dental, gestos repetitivos, cicatrices y antecedentes dolorosos.

Debemos plantear la postura sin seguir una lógica escolástica, por que se analizara como postura lógica y debemos considerar solo medio arto, entonces será:

- Pie valgo - rotación interna tibial - rotación interna femoral

- Caderas en adelante (avanzadas) anteversión, rotación + lateroversión externa.

- El sacro se horizontaliza, monta y avanza por relación al ilíaco.

- El raquídeo crea convexidad dorsal del lado opuesto.

No serán las mismas lógicas para la otra mitad, es decir la otra pierna.

Y se convertirá en postura ilógica, si llevamos también del otro arto el pie valgo. El sacro no puede seguir la misma lógica, no puede bascular también esa parte, o tira de una parte o de la otra.

Ahora, cuales son las adaptaciones ?

Como lección sabemos que puntos fijos crean movimientos relativos, así que existe siempre una ilógica.

Para comprender todo esto es necesario primero aclarar el concepto de postura y del equilibrio.

La postura con respecto a la posición es el esta-

BELLEZA

Cosmopolita



Feria Internacional
de la Belleza

9-12 Septiembre 2005

Anhembi - São Paulo - Brasil

www.cosmoprofcosmetica.com.br

**ALCANTARA
MACHADO**
Tel.: (5511) 3291-9111 / 9118
Fax: (5511) 3291-9176
international@alcantara.com.br

Representante en América Latina:
 **ED & EVENTS S.A.**
Tel./Fax: (5411) 4313-6100
marketing@ed-events.com.ar

Apoyo Institucional:
 **ABIHPEC**
sipatesp

Apoyo:
 **VARIG**
Linha Global

Lugar:
 **anhembi**
Turismo e Eventos
Cidade de São Paulo

Afiliada a:
 **UBRAFE**
União Brasileira dos Promotores de Feiras



do en el que se encuentra un cuerpo en relación a otro punto de referencia. Otras formas de la postura, es la manera de estar en pie, el posicionamiento del cuerpo en ciertos gestos (teatro), o en el modo de moverse en un específico gesto (deporte).

Ahora definamos el equilibrio como el estado de reposo de un cuerpo estimulado de muchas fuerzas que se anulan, o como la disposición proporcionada y armoniosa de las varias partes que componen un todo.

Las posiciones estáticas en la postura las definimos como cualquiera de las posiciones asumidas de un cuerpo y las posiciones dinámicas, el equilibrio, definiéndolo como la relación óptima entre el sujeto y el ambiente circundante; en el mismo asume una serie de posturas óptimas en un momento particular y para programas motores previstos.

Podemos, de todas maneras, afirmar que una postura correcta es indispensable para un buen equilibrio, pero una postura incorrecta no implica necesariamente un malestar del equilibrio como por ejemplo la escoliosis.

Para llegar a la terapia ortésica, bajo una concepción triplanar, introduciremos los términos reposicionamiento y reequilibrio. El primero cuando se dispone de un elemento de conjunto, necesario a su funcionamiento, que se ajuste a fin que el conjunto entero efectúe una determinada posición estática o dinámica. Y el segundo para proyectar un dispositivo capaz de contrani-

velar automáticamente la acción de determinadas fuerzas, mediante oportunas modificaciones de las distribuciones de las mismas.

Antes de todo, es necesario un examen clínico global:

A) Aspecto postural global, antepulso-lateralizado.

B) Posición arto inferior-normal-varo-valgo, normal flexo recurvado.

C) Posición de la rotula: normal convergente -divergente.

D) Posición del pie, averso-inverso.

E) Posición del tronco: flexiones, laterales-giramientos, ante-retropulsión.

Después, secundariamente, un examen informatizado tipo SKG:

A) X e Y medio, posición laterolateral, posición media antero posterior.

B) Superficie, la elipse conteniente del 90% de los centros de presión n° de 90 mmq a 210 mmq.

Después de evaluar todos los exámenes, interrelacionando: examen clínico postural y biomecánico, examen baropodometrico estático y dinámico, examen postural informatizado SKG, examen DINATTO y examen ORTOVIEW, para los gestos y movimientos libres; entonces podemos llegar a una:

**REVISIÓN PODOCIBERNETICA,
EN DEFINITIVA A UN
DIAGNOSTICO GLOBAL
Y A UNA CONCEPCION ORTESICA
"TRIPLANAR OLISTICA" ! ▣**

www.revistapodologia.com

Desde 1997 en internet informando a los profesionales

Usted encontrará:

Productos: libros, videos, posters, etc.

Guia de Empresas: todos los datos de las empresas mas importantes del mercado.

Guia de Profesionales: de todo el mundo ...
complete el formulario e ingrese a la guia gratis.

Guia de Eventos: congresos, jornadas, cursos, todas las informaciones de horarios, programas, etc.

Guia de Instituciones: asociaciones del mundo.

Donde Estudiar: cursos ... y mucho más !!!

Exóstosis Sub-Unguial.

Dr. Fernando Vazquez Abrego - Presidente fundador del Consejo Mexicano de Médicos Cirujanos Podiatras, A.C.. **México.**

Esta patología es muy común y fácil de confundir con otras patologías como la granulomatosis por onicocriptosis, fibromas periunguales, y otras tumoraciones.

La valoración clínica y radiológica son básicas para el diagnóstico correcto y el manejo que es 100% Quirúrgico.

Foto 1 - Exostosis sub-unguial muy frecuente en niños.

Foto 2 - Exóstosis sub-unguial vista a-p.

Foto 3 - Radiografía simple esencial para el diagnóstico.

Foto 4 - Se bloquea el orjejo con xylocaina simple, se aplica torniquete, se realiza la incisión.

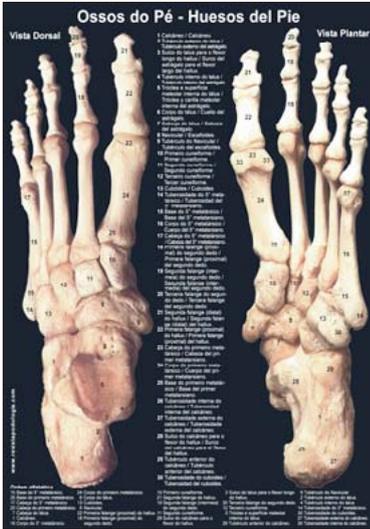
Foto 5 - Se realiza incisión en "boca de pez", se localiza exostosis, se disecciona con cincel, se eliminan bordes ásperos con raspa, se irriga con suero fisiológico, se sutura con puntos separados simples con nylon o vicril 5 ceros, se aplica antibiótico tópico.

Foto 6 - Se aplica vendaje.



POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

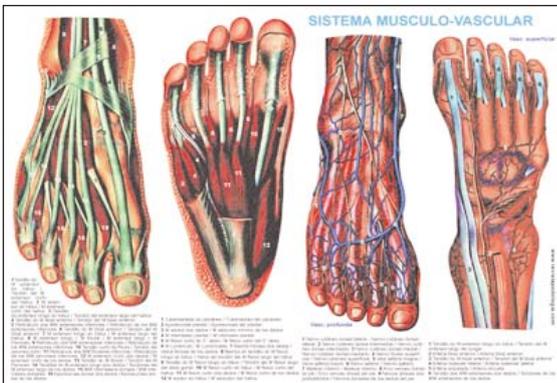
40 x 30 cm



ESQUELETO DEL PIE 1
ESQUELETO DO PÉ 1



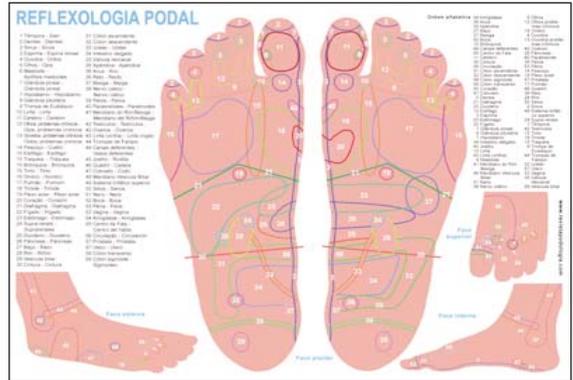
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSIS



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

Avulsión de las Uñas con Pomada de Urea.

Podologo José Agustín Martínez Chiesa. **España.** (estudio resumido)

La Urea es un producto con propiedades antibacterianas, antifúngicas, antipruríticas, queratolíticas, disolventes y desnaturalizantes de proteínas. Así como hidratantes, cicatrizantes, aceleran la penetración cutánea sola o en asociación con otros productos e incluso antineoplásicas; además de no ser tóxica ni alergénica.

La acción de la Urea en el desprendimiento de la "Placa Ungueal" es, entre otras, consecuencia de su propiedad de desnaturalizar las proteínas de la misma, y también a sus propiedades hidratantes y queratolíticas.

Sobre la base de estas propiedades, en 1.960 Avieric comienza a usar los compuestos de Urea para realizar la avulsión atraumática de las uñas distróficas. Sin embargo, sería a partir de 1.978, cuando Farber y South publican un primer trabajo sobre "El tratamiento de Urea en la avulsión no Quirúrgica de las uñas distróficas".

Con este procedimiento tratamos las uñas "Distróficas" e "Hipertróficas", causantes ó no de molestias en personas diabéticas, en personas afectadas por problemas circulatorios y en aquellas en los que la infiltración de un anestésico local estaría contraindicado.

Igualmente se puede emplear este tratamiento en la uñas "Psoriasicas", las distróficas acompañadas de dermatofitosis y en las Onicocriptosis que igualmente estén afectadas de Micosis.

Durante el tiempo que hemos utilizado el compuesto de Urea en nuestro "Centro de Podología" podemos decir que es muy recomendable su uso en el tratamiento previo de las Onicomiosis, antes de iniciar el tratamiento antimicótico de elección, una vez obtenidos los resultados del cultivo de una porción de la uña afectada.

A causa de la maceración inducida, el proceso es totalmente incruento e indoloro en todos sus pasos. Muy excepcionalmente se ha presentado algún caso de irritaciones producidas durante los días de la cura oclusiva, que pudieran ser debidas al propio vendaje ó bien al bajo pH de la Urea.

En estos momentos, en nuestro Centro, estamos experimentando con otros compuestos de

Urea para su aplicación en Queratodermias en diferentes zonas de los pies.

MATERIALES Y METODO

Realizada la exploración al paciente y una vez efectuado el diagnóstico de la afección ungueal tras realizar las diferentes pruebas auxiliares que creamos necesarias, se procede a realizar la cura oclusiva de la/las uña/as a tratar de la siguiente forma:

1º.- Deberemos tratar la piel alrededor de la uña del dedo afectado, antes utilizábamos la "Tintura de Benjuí", aunque actualmente utilizamos un producto farmacéutico denominado "NOBECUTAN" (Polimetacrilato 4% - Disulfuro de Tetrametilouamio 0,02% - Disolvente y propelente C. S. Hasta 100 grs.)

2º.- Cubrimos toda la piel circundante a la uña con esparadrapo de tela, dejando la uña al aire.

3º.- Aplicamos directamente sobre la uña la pomada de Urea 40% en una buena cantidad, procurando cubrir toda la extensión ungueal, tanto dorsalmente como en su parte distal.

4º.- Procedemos a tapar la pomada con una película plástica. Sirve perfectamente los rollos de film plástico que se utilizan en la cocina. Después cerraremos todos sus bordes con esparadrapo.

5º.- Tapamos todo el dedo, también, con esparadrapo para asegurarnos al máximo posible la estanqueidad de la cura.

6º.- Por último, por encima, lo cubrimos con un vendaje tubular, para evitar que con los días se adhiera el esparadrapo al calcetín o a la media.

Mantendremos esta cura oclusiva entre 8 - 14 días dependiendo del grosor de la uña a tratar.

Mientras dure la cura, el paciente debe procurar mantener la zona completamente seca. Es decir, aconsejar al paciente que para su aseo diario debe proteger el pie afectado del contacto directo con el agua, por medio de una bolsa de plástico o como les parezca oportuno. Procediendo al aseo del pie con una esponja, por ejemplo.

Una vez finalizado el periodo fijado por el Podólogo para la duración del tratamiento, se procederá a retirar la cura oclusiva del dedo afectado. Tras lo cual lo sometemos a un baño de ozono, procediendo a continuación a levantar la uña afectada por medio de una gubia y cortarla

hasta alcanzar la uña clínicamente normal, en caso de existir. O bien extirparemos totalmente la uña, con mucho cuidado de respetar la zona de la matriz ungueal, procurando no dañar la misma.

Después legaremos el lecho ungueal que ha quedado descubierto, realizando una limpieza total incluidos los surcos ungueales. Esto se puede realizar por medio de una legra o con la ayuda del micromotor, utilizando una fresa fina de polvo de diamante, para no traumatizar en exceso el lecho ungueal. Al finalizar realizamos una exhaustiva limpieza con alcohol y un buen secado de toda la zona. Por último le indicamos al paciente las medicaciones tópicas específicas a seguir de acuerdo con el diagnóstico primario.

En las Onicomycosis estamos utilizando actualmente el Ciclopirox (Ciclochem uñas, solución), como antimicótico de elección. Su presentación, en nuestro país, es en forma de laca para uñas lo cual permite al paciente una cómoda, práctica y rápida aplicación del medicamento. La posología que utilizamos es:

- 1º Mes: aplicar 3 veces a la semana.
- 2º Mes: aplicar 2 veces a la semana.
- 3º Mes: aplicar 1 vez a la semana.

Cada 10 días el paciente debe limpiarse la uña con algún quitaesmalte.

A los 3 meses, se procede a limpiar bien toda la uña, comprobando el estado y crecimiento de la misma.

El procedimiento antes descrito tiene diversas ventajas. Es un método incruento y pueden tratarse varias uñas anómalas al mismo tiempo. La técnica es completamente indolora y no existe ningún riesgo de infecciones ni de hemorragias, por lo que el Podólogo tiene a su alcance una herramienta terapéutica ideal para tratar a pacientes diabéticos o bien que presenten problemas de insuficiencia vascular periférica o con

neuropatías digitales.

Hasta la fecha no se conocen contraindicaciones, ni se han producido interacciones con otros fármacos, ni tampoco intoxicaciones por el propio producto.

En la bibliografía consultada, no se describen efectos secundarios con el empleo del compuesto de Urea 40%, ni nosotros lo hemos encontrado en los numerosos casos tratados.

En el momento de recortar la uña, a veces, puede aparecer una pequeña hemorragia "en punta de alfiler" la cual se resolverá, satisfactoriamente, por simple presión.

Es importante resaltar que con este tratamiento la matriz ungueal no es nada afectada. En pacientes con Onicogriposis de muy larga evolución, la uña muy probablemente vuelva a crecer con la misma afección. Pero esto no ocurrirá en un plazo anterior a 15 - 20 meses. Momento en el cual se volvería a repetir el mismo tratamiento.

La pomada de Urea se conserva perfectamente entre 4 - 6 meses.

La formulación que estamos utilizando actualmente, tras innumerables pruebas y aplicaciones con variaciones en el porcentaje de sus componentes es:

UREA.....	40 %
Lanolina anhidra.....	20 %
Cera blanca.....	5 %
Vaselina blanda.....	35 %

Por todo ello terminamos indicando que con este procedimiento no se pretende reemplazar o eliminar la avulsión quirúrgica de las uñas, en aquellos casos en los que el profesional lo crea conveniente. Es, simplemente, una forma alternativa de terapia no quirúrgica ni invasiva y que nos proporcionará unos resultados altamente satisfactorios, tanto para el Podólogo como para el paciente, en la resolución de su afección. ▣

BIBLIOGRAFÍA

ARIEVICH: "Vestnyk DermatoloWANBECK: "Un nuevo tratamiento de la Ictiosis y otras Hiperqueratosis condicionantes".

ASHTON - FRENK - STEVENSON: "La Urea como agente tóxico".

JOURNAL OF AMREICAN PODIATRY ASSOCIATON: "Supresión no quirúrgica de uñas distróficas utilizando oclusión de unguento de Urea".

FARBER - SOUTH: "Tratamiento con Urea en la avulsión no quirúrgica de las uñas distróficas".

JONES - REINHARDT - RINALDI: "Susceptibilidad inmunologica a la dermatofitosis crónica".

GRICE - STTAR - BAKER: "La Urea y el Acido retinoico en las ictiosis y su efecto en la perdida de agua transepidérmica y la capacidad de mantener el agua en los estratos córneos".

KUNTZ - BRASSFIELD: "La hidratación de las macromoléculas y los efectos de la Urea en la hidratación de las proteínas"

Reflexologia Podal. Hipertiroidismo.

Dr. Abnel Alecrim Andrade - Fisioterapeuta - Especialista en Reflexoterapia - **Brasil**.

Definición

Es el exceso de funcionamiento de la glándula tiroides, y en función de esto ocurren un conjunto de señales y síntomas en el cuerpo

Como evoluciona

Las señales y síntomas surgen en función del exceso de funcionamiento de la glándula tiroides o de la ingestión de hormonas de la tiroides.

Las principales causas de ese aumento de funcionamiento:

Bocio difuso tóxico.

Enfermedad de Basedow-Graves. Es una enfermedad auto inmune en la cual el organismo produce anticuerpos que estimulan la producción y la liberación de hormonas por la tiroides.

Bocio multimodular tóxico.

El bocio multimodular tóxico en general es una molestia de evolución lenta en la cual ocurre una proliferación de diversos folículos de la glándula, formando diversos nódulos, algunas veces voluminosos y visibles.

Bocio uninodular tóxico (Adenoma tóxico)

Los adenomas son nódulos únicos, en general con más de 3 cm de diámetro, que producen en exceso las hormonas de la tiroides.

Los síntomas presentados por los pacientes son:

- hambre excesiva
- nerviosismo, insomnio
- aumento del ritmo intestinal
- temblores
- intolerancia al calor
- adelgazamiento
- uñas quebradizas, cabello reseco, quebradizo y enrrollado
- piel caliente y húmeda

Diagnostico

La sospecha clínica es la mejor manera de buscar un diagnóstico en pacientes portadores de los síntomas.

Los pacientes en los cuáles se investiga la causa de una arritmia cardíaca, un dolor abdominal asociado a adelgazamiento (especialmente en pacientes ancianos).

El examen de laboratorio es establecido por la dosis de TSH y T4 (hormonas de la tiroides) en la sangre. Si los valores de T4 están más altos y los de TSH más bajos, el paciente es portador de hipertiroidismo. Es necesario entonces investigar su causa, que puede ser auto inmune o uni o multinodular.

Este diagnóstico es establecido por la presencia de anticuerpos antireceptores de TSH (TRAB), por la captura de yodo y cintilografía de la tiroides por la ultrasonografía de la tiroides.

Y no nos podemos olvidar que este diagnóstico cabe al médico.

La Reflexologia Podal y el Hipertiroidismo

El tratamiento puede dirigirse a la regulación del exceso hormonal y/o para su causa.

Cabe al reflexoterapeuta, que delante de las señales y síntomas que pueden sugerir un disturbio de la tiroides, orientar al paciente a procurar un endocrinólogo para realizar el diagnóstico.

El objetivo de la Reflexoterapia Podal es combatir las señales y síntomas del hipertiroidismo, como por ejemplo: nerviosismo, insomnio, labilidad emocional, haciendo con que el organismo reaccione a los estímulos promovidos por la Reflexologia, buscando el poder curativo del cuerpo.

Es muy importante en el tratamiento regular el funcionamiento del sistema endocrino, sistema nervioso y estimular el sistema digestivo con el objetivo de captar y absorber los nutrientes necesarios para el metabolismo de la tiroides.

Estimular los sistemas excretores del cuerpo (Sistemas Urinario, Digestivo, Tegumentar, y Respiratorio), es necesario para que sea posible la homeostasis (equilibrio) del organismo.

Actuando así, estaremos estimulando el poder de cura del cuerpo, haciendo posible el bienestar y dando días mejores al paciente. ■

Verrugas Plantares.

Podóloga Márcia Nogueira. **Brasil.**

Las verrugas plantares, también conocidas popularmente como ojo de pez, es una dermatovirosis (enfermedad de la piel provocada por un virus), que puede, frecuentemente, ser confundida como un callo duro.

Como podemos diferenciar un callo duro de una verruga plantar ?

Por tener una apariencia semejante, pues el callo además de la hiperqueratosis también puede vascularizar, todo cuidado es poco.

Para el tratamiento de la verruga plantar, uno de los métodos utilizados es el de la cauterización química, que utiliza la aplicación de un ácido.

En el caso del paciente diabético puede ser iniciada una lesión que se transformara en un mal perforante plantar (tema que será tratado en otro momento).

Otros métodos también utilizados:

- Electrocauterización: destrucción de la verruga a través de calor, indicado para verrugas periungueales e plantares.

- Criocauterización: utilizando bajas temperaturas.

- Inducción psicósomática: tratamiento hecho por autosugestión, desencadenando estímulos cerebrales, indicado para menores ansiosos.

Otra semejanza que también debe ser considerada es el callo con núcleo.

En su lugar, en la verruga plantar, existe una raíz con células virales (HPV) que se introducen en la región plantar, debido a la constante presión del peso del cuerpo. Las células virales son recubiertas y envueltas por una hiperqueratosis que las ultrapasa, cuando desbastadas se vuelven a formar rápidamente.

A veces esta rodeada por un círculo blanquecino, con aspecto punteado, muchas veces ennegrecido, pues poseen capilares que irrigan cada papila que forma el tumor, terminado en las extremidades superficiales.

Varían mucho de tamaño y profundidad.

Son muy dolorosas y pueden desaparecer por completo cuando son retiradas adecuadamente.

Caso contrario reaparecen rápidamente.

Origen:

La verruga plantar es provocada por una infección virósica, es contagiosa (puede producir lesiones hijas) y auto inoculable.

Generalmente aparecen después de pequeñas lesiones, traumatismos o en períodos de baja resistencia del organismo.

Es más frecuente en niños, pues no tienen todavía su sistema inmunológico totalmente desarrollado.

Podemos, también, encontrar otros tipos de verrugas:

Verrugas periungueales:

Se localizan al rededor de la uña invadiendo su lecho y pliegue ungueal. El diagnóstico en esas regiones es más fácil, pues se forman fuera del contacto con la uña y tienen un formato que nos es familiar. Su tratamiento es muy doloroso si es colocado ácido, por localizarse en una región sensible.

Verruga vulgar:

Se localiza, generalmente, en los dedos y dorsos de las manos, formando placas amarillas, irregulares y con puntos oscuros.

Verruga plana:

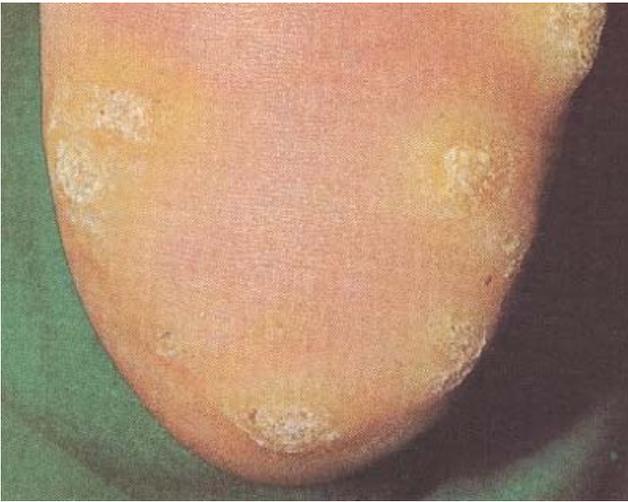
Localizada, generalmente, en la fase y dorso de las manos y dedos, es una pequeña papila, dura y amarillenta, con una discreta elevación, con diámetro entre uno y cinco milímetros, filiforme, presenta aspectos estructurales diferentes, son blandas, perpendiculares, generalmente encontradas en los párpados, axilas, cuello y ángulos de la boca.

Condiloma acuminado:

HPV (Papiloma Virus Humano), cuando no diagnosticado a tiempo, está ligado a la aparición de tumores malignos, de lo que no tenemos conocimiento en la verruga plantar.

Este tipo de HPV es sexualmente transmisible y provoca el surgimiento de verrugas en los órganos genitales.

Las verrugas virales se previenen evitando el contacto directo con personas infectadas. Para evitar su contaminación y el apareamiento del cáncer en el colon del útero y del penis, es recomendado el uso de preservativos en relaciones sexuales y acompañamientos periódicos por el ginecólogo o urólogo.



Verrugas plantares



Verrugas subungueales



Verrugas planas juveniles



Verruga vulgar

Imagenes retiradas del libro Dermatologia Rassner - Atlas - 3º Edição - Editora Santos

