



revistapodologia .com

Nº 2 - Junho 2005

**Primeira
Revista Digital
de Podologia
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

Junho 2005

Diretora científica: Podóloga Márcia Nogueira

Direcor 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.

Caros leitores

Ficamos muito honrados com a aceitação da primeira Revista Digital de Podologia, e a cada momento que passa, a repercussão dela no mundo nos incentiva a seguir pelo caminho escolhido.

A troca de informações e experiências, que é a nossa principal proposta e meta, esta dando muito certo e isto nos deixa envaidecidos.

Sim, envaidecidos e com justa causa, como referencia enumeramos alguns dos paises de onde profissionais baixaram a Revista Digital: Noruega, Espanha, Argentina, Brasil, Portugal, Bolívia, Perú, Venezuela, México, Costa Rica, Chile, Israel, Suécia, Equador, Uruguai, Itália, Bélgica, Holanda, Alemanha, Malta, Japão, Colômbia, Suíza, Cuba, Estados Unidos, Reino Unido, entre outros.

Sabemos que todo esse estímulo nos leva cada vez mais a acreditar que é preciso ousar para evoluir. Coragem e determinação são as duas palavras que resumem a revistapodologia.com, mas sempre aliadas a sua aceitação e aprovação, estimado leitor.

Um agradecimento especial aos anunciantes que acreditaram neste importante projeto, já que sem a sua parceria teria sido impossível de concretizar.

Até nosso terceiro, entre outros, encontros na red !

A direção

ÍNDICE

<i>Esporão do Calcâneo</i>	<i>6</i>
<i>Uso de Curativos Hidrocoloides em</i>	
<i>Hemiceptomías</i>	<i>14</i>
<i>Podocibernética Postural. Orteses, Concepção</i>	
<i>Triplanar</i>	<i>17</i>
<i>Exóstosie Sub-Unguial</i>	<i>20</i>
<i>Retirada das Unhas com Creme de Uréia.....</i>	<i>22</i>
<i>Reflexologia 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, hiperqueratose, 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

Esporão do Calcâneo.

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

Existem muitas causas potenciais que ocasionam dor na área do calcânar. Entre elas podemos citar patologias como a artrite reumatoide, a artrose, a gota, a osteomielite e algumas patologias tumorais, assim também lesões como as fraturas, as fissuras, o pinçamento do nervo plantar, a síndrome do túnel tarsiano, a fascite e o esporão do calcâneo. Mas geralmente de esta dor no calcânar culpa-se quase sempre ao esporão do calcâneo, tema que vamos falar agora.

O **Esporão do Calcâneo** é um tumor ósseo benigno e pertence ao grupo das exostoses (Exostoses: hipertrofia parcial ou circunscrita da superfície de um osso, dente ou tendão). Define-se como um osteofito ou espícula óssea, que se desenvolve na parte anterior da tuberosidade do calcâneo, especificamente na sua inserção com a fascia plantar, estendendo-se lateralmente de forma total ou parcial na tuberosidade, e cujo extremo pode ou não surgir na fascia plantar. Fig: 1.

O esporão do calcâneo, por ser uma patologia de causa multifatorial, pode apresentar-se durante seu desenvolvimento, em três tipos de formas diferentes, as que vão estar muito ligadas a intensidade das causas ou causa que deram a origem, pois estas podem atuar separadas ou unidas. Ficando dentro de três características fundamentais a ter em conta durante o diagnóstico e tratamento da mesma. Falaremos sobre: sua **dimensão**, sua **estrutura** e de sua **posição** na tuberosidade do calcâneo.

A **dimensão** descreverá a área que ocupa a exostose em largura, comprimento, altura e forma em geral com relação a tuberosidade. Fig. 1

A **estrutura** estará relacionada com o tipo ou os tipos de tecidos presentes na exostose (laxo, cartilaginoso, ósseo) o que caracterizara sua consistência, a que pode oscilar entre o laxo e o compacto.

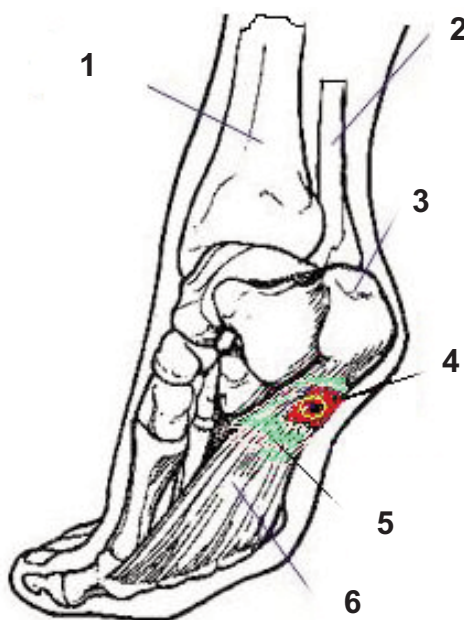
E a **posição**, quanto o lugar que ocupa no espaço da fascia plantar. Relembramos que esta não é mais que um tecido fibroso grosso e tenso situado na planta do pé que penetra na tuberosidade do calcâneo e vai para frente em 5 fascículos para situar-se na base dos dedos, a qual tem uma função biomecânica.

Podemos descrever o esporão em três partes com as seguintes características:

- **Extenso assintomático:** como bem o afirma sua classificação enquanto seu quadro clínico e seu exame complementar de RX. É um osteofito comprido em sua dimensão. Sua consistência pode ser muito rígida, muito frouxa ou medianamente rígida ou frouxa, o que dependera do tipo de tecido que prime, mas não é doloroso, porque não produz dor. E sua posição não interrompe a fascia plantar.

- **Extenso sintomático:** neste caso também é comprido pelas características do seu quadro clínico e seu exame complementar de RX. O osteofito quanto a sua dimensão e sua consistência pode ser muito rígida, muito frouxa ou medianamente rígida ou frouxa, o que dependerá do tipo do tecido que prende. Mas produz dor porque a área que ocupa sua projeção anterior interrompe a fascia plantar, produzindo a inflamação e dor, e o que intensifica a fascite existente.

- **Pequeno:** é um osteofito pequeno quanto a sua dimensão e pode, igual as anteriores, ter uma estrutura de consistência muito rígida, muito frouxa ou medianamente rígida ou frouxa. Às vezes não aparece radiologicamente, mais não é isto o que o distingue. Apesar de ser o mais pequeno, a sua distinção está em que é o mais doloroso. E não pela sua dimensão ou estrutura, mas pela sua posição, que neste caso se projeta para a fascia plantar rompendo-a agressivamente. Produzindo uma dor aguda e



- 1- Tibia
- 2- Fibula
- 3- Calcâneo
- 4- Zona da exostose ou esporão
- 5- Fascia inflamada
- 6- Fascia plantar

facilitando a instalação de processos inflamatórios subagudos da fascia plantar, o que agrava a fascite.

ETIOLOGIA

Como falamos anteriormente estamos frente a uma patologia de causa multifatorial, já que são várias as causas que podem dar a sua origem. Estas causas podem ter interrelação e intervir juntas ou separadas a curto, médio ou longo prazo. Sendo que uma causa pode em ocasiões propiciar a aparição de outra.

Dentre elas temos as mais destacadas: as infecções, os traumatismos e as patologia estruturais, as que com o tempo produzem os ataques inflamatórios da fascia que é igual a fascite, que dará lugar a Síndrome do Esporão do Calcâneo. Temos que lembrar que esta patologia é 'uma consequência e não um fator', e para trata-la com êxito temos que ir a sua causa ou causas de origem.

- As infecções:

Podem ser diretas ou indiretas. As diretas, por traumatismos na zona da planta do pe como feridas abertas ou feridas mal tratadas, que permitem o ingresso de germes patogénos que podem ocasionar a fascite por abscessos que posteriormente facilite a periostite com o futuro descolamento do perióstio.

E as indiretas, através da corrente sanguínea durante processos infecciosos prolongados que podem ter um mecanismo de formação muito parecido.

- As patologias estruturais:

Atualmente e com o trabalho no e campo da Biomecânica tem se dado um lugar muito importante a esta causa. Pois a mesma explica o fenómeno do descolamento do perióstio muito evidente nas patologias onde a fascia esta submetida a grandes pressões posturais como no Pe-plano, Pe-cavo, Pe-varo, Pe-equino e o Hallux valgus, assim como nas variações da marcha normal e as marchas patológicas, que são as mais frequentes dentro das patologias estruturais que favorecem a instalação do Esporão do Calcâneo.

- Os traumatismos:

O excesso de peso, a obesidade, o uso de calçado inadequado, as fraturas, as fissuras, assim como os acidentes nos casos de quedas de alturas, também são fatores que contribuem a forçar a estrutura arquitetônica da base plantar, facilitando as sub-luxações, o estresse muscular e a ruptura das fibras da fascia com a posterior periostitis.

PATOGENIA

Pelas causas anteriormente analisadas, que podem atuar juntas ou separadas num dado período de tempo, se produz de forma geral a ruptura do perióstio o que da lugar a formação da exostose ou esporão.

No caso biomecânico das patologias estruturais e das variações da marcha normal e patológica vemos que sucede:

Ao estar as estruturas ósseas fora da sua posição normal os arcos que formam a base plantar também deixam de estar na sua posição normal. Pelo que aparecem incongruências nas faces articulares ou sub-luxações nas articulações da base. A musculatura se estressa, tensa e sobrecarga com o trabalho mecânico da bipedestação e a deambulação, pelo que a fascia plantar chega um momento que não resiste mais a essa tensão e se desgarra na sua inserção com a tuberosidade do calcâneo. O descolamento produz a ruptura do perióstio no local, e por um mecanismo de ossificação subperiostica restabeecedora. Este lugar se repara com novos osteocitos e tecido hialino da fascia (muito parecido ao mecanismo da formação do calo ósseo) formando a exostose.

A dimensão, a estrutura e a posição da exostose dependeram do grau e do lugar do descolamento do perióstio.

As fibras da fascia também se descolam na zona próxima ao perióstio, produzindo a inflamação deste, podendo provocar em alguns casos uma infecção local com formação de uma bolsa subjacente ou um abscesso.

No caso da infecção, pela via que seja, produto do mecanismo bioquímico de defesa antígeno-anticorpo (parecido ao mecanismo da artrite), favorece o descolamento do perióstio ao debilitar as fibras da fascia na sua inserção com a tuberosidade do calcâneo. Mecanismo que pode estar sustentado por todo o trabalho mecânico da marcha e da bipedestação. Também pode formar-se um abscesso que favoreça a periostite e o posterior desgarre do perióstio. O qual se restabelecerá pelo mecanismo de ossificação subperiostica restabeecedora, deixando formado o esporão ou exostose.

Os traumatismos acontecem pelo excesso de peso, a obesidade e os acidentes, como as quedas de alturas e os pulos bruscos. Os últimos podem produzir amais fissuras ou fraturas do calcâneo.

No primeiro caso a musculatura começa a tra-

balhar forçada e a distribuição do peso corporal se faz insustentável, aparecendo as sub-luxações ao perder a congruência as articulações da base plantar.

Produto de toda esta associação chega ao ponto onde aparecem ataques repetidos de miosites que ocasionam a fascite e que posteriormente dão continuidade com a ruptura das fibras da fascia e a posterior periostite.

No caso dos pulos bruscos e as quedas de alturas, também se rompem as fibras da fascia e se desgarra o perióstio pelo trauma brusco e severo da contenção do peso do corpo na queda, o que também pode facilitar uma fissura ou uma fratura na tuberosidade do osso calcâneo.

No caso dos desportistas e em particular os jogadores de vôlei, os de campo e os de pista e, em particular os de salto à distância, pode aparecer a patologia, produto de um treinamento que não contemple a preparação adequada e suficiente da musculatura do pé, do uso inadequado do calçado que exige o esporte ou por não usar calçado regulamentar.

O calçado também tem um papel importantíssimo na instalação da fascite quando não é usado corretamente para a atividade em questão para o qual foi desenhado e/ou quando faltam ou

não estejam bem desenhadas as partes que compõem o calçado.

Dentre isto temos os calçados sem calcanhar e os solados altos e duros demais.

O primeiro facilita o deslocamento da almofadinha adiposa do calcanhar ao não dar sustentação, o que faz que o peso corporal espalhe a almofadinha adiposa do calcanhar deformando-a, e fazendo que a primeira fase da marcha seja muito traumática e lesione o osso calcâneo provocando a periostite.

No caso dos solados altos demais (plataformas) e rígidos, a musculatura trabalha forçada ao não poder realizar todos seus deslocamentos corretamente durante os tempos e fases da marcha, provocando a instalação de uma marcha forçada que estressa e fadiga a musculatura desencadeando a miositis e a posterior periostite.

QUADRO CLINICO

Sinais

O primeiro sinal é a fascite plantar, com dor localizada especificamente na área de carga do calcanhar. Geralmente é mais severo durante os primeiros passos ao levantar-se após descansar algum tempo.

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFECÇÕES!

O tratamento com **HomeoPast** além de preventivo, elimina asperzes 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.



TENHA TODOS OS NOSSOS PRODUTOS EM SUA CLÍNICA!



Loção Hidratante c/ Mentol



Hidratante c/ Cera de Abelha e Silicone



Gel Hidratante Calmante



Crema para Fissuras



Amolecedor de Cutículas



Loção Emoliente

Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.

Distribuídos por:



6163-5363•6215-0070
www.homeomag.com.br
atendimento@homeomag.com.br

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL

Diminui em certa medida com a atividade, pela distensão da fascia e reaparece de novo no período de descanso. Rara vez tem inflamação visível, avermelhamento ou outro sinal aparente na pele.

E freqüente entre pessoas que praticam esportes, indivíduos com sobrepeso, e pessoas com pé-cavo ou pé-plano.

Pelo que podemos resumir os sinais em:

- Fascite plantar
- Pode ter presença ou não de tumefação da zona
- Pode ter presença ou não de inflamação da zona
- Violação dos tempos e fases da marcha, durante o exame da marcha.
- Marcha forçada (o esforço recai sobre o metatarso)
- Troca nos pontos de apoio (a distribuição do peso corporal se inclina para as cabeças metatarsais)
- A fase do choque do calcanhar quase desaparece pois se faz muito dolorosa ao iniciar a marcha ou levantar-se.
- Existe claudicação intermitente.
- Pode existir descolamento da almofadinha adiposa do calcanhar em maior ou menor grau, que fica mais fina nesta zona.

Sintomas

A dor é o principal sintoma e começa de manhã, quando são dados os primeiros passos e após os períodos prolongados de repouso.

Existe dor pulsante na zona plantar do calcanhar

- Existe dor no repouso e na deambulação.
- Existe dor ao colocar o calçado

PROGNÓSTICO

É mais freqüente em jovens, adultos jovens e adultos maiores. Neste último grupo é produto do desgaste corporal entre outras causas. As idades oscilam entre 18 e 70 anos. Nas idades de vida esportiva ativa também existe uma grande porcentagem.

Podem aparecer tanto em homens como em mulheres e alguns autores sugerem sua relação com a herança. Devemos lembrar que pode aparecer em qualquer idade sempre que se favoreçam as condições que estudamos.

DIAGNÓSTICO

Em geral tem um grande número de pacientes que procuram nosso serviço de podologia por

apresentar dores no calcanhar, dando por certo este sintoma, por desconhecimento, ao esporão do calcâneo ou por não ter sinais evidentes de lesões cutâneas ou de outro tipo. Alguns deles enganados e outros, em maior porcentagem não.

Para ter êxito no diagnóstico do esporão do calcâneo temos que realizar um detalhado exame físico com uma profunda anamnese do paciente, tendo presente o diagnóstico diferencial desta entidade, que é bastante amplo pela quantidade de patologias ou lesões que produzem a talalgia.

Dentre elas temos patologias como as artrites reumatóide, a artrose, a gota, a osteomielite e os tumores, assim também como pinçamento do nervo plantar, síndrome do túnel tarsiano, a fascite plantar e os traumatismos. Por tudo isto temos que ter sempre presente que "a dor no calcanhar não que dizer necessariamente a presença de um esporão".

Para o diagnóstico existem manobras de estiramento e compressão direta sob a zona do calcanhar que servem para determinar a presença da espícula, porém às vezes pode nos confundir, já que qualquer manipulação na zona produzirá dor.

O exame de imagens, como as técnicas de radiografias, do calcâneo lateral com filtro (para concentrar as radiações somente no calcâneo) e suficiente para visualizar a exostose, ou de calcâneo lateral em carga e calcâneo axial plantar-dorsal para quando este seja muito pequeno ou está para o centro da tuberosidade. É de vital importância este exame complementar para o diagnóstico certo.



PROGNÓSTICO

O esporão apesar de ser uma tumoração, sua evolução não põe em risco a vida do paciente. Mas devemos lembrar que pode incomodá-lo por algum tempo limitando sua atividade de trabalho e social.

Isto pode prevenir-se cumprindo algumas

orientações saudáveis como:

- Uso de calçado com solados suaves, amortecedores, com salto adequado (sua altura não deve superar os 2,5 cm) e acolchoados.
- Usar um calçado fechado e protegido para levantar, ou pegar grandes pesos.
- Evitar ficar em pé por tempos prolongado desnecessariamente.]
- Controlar o excesso de peso corporal.
- Fazer exercícios fortalecedores da musculatura da planta do pé.
- Não iniciar corridas ou pulos sem a devida preparação da musculatura do pé.
- Corrigir, impedir ou atenuar as deformações estruturais do pé mediante o uso de acessórios ortésicos.

TRATAMIENTO

O tratamento do esporão do calcâneo se divide em dois grandes grupos: um conservador e outro cirúrgico.

Tratamento conservador

Falaremos primeiro do conservador. Este tratamento consta de varias pautas que podem ser utilizadas juntas ou separadas para potenciar os resultados e minimizar o tempo de tratamento e de recuperação do paciente, e sua vida social. Todos eles encaminhados a reduzir a fascite e destruir a exostose.

Dentro do tratamento conservador temos os seguintes:

- Quiropodológicos:

Encaminhado a deslaminar as hiperqueratoses e espessamentos da zona, para facilitar a elasticidade da pele e sua permeabilidade. Facilitando assim a eliminação de qualquer barreira que impeça o contato com ela dos instrumentos ou equipamentos das outras variantes do tratamento.

- Farmacoterapia:

Esta é indicada para reduzir a inflamação, aliviar a dor e destruir a exostoses com o uso de fármacos antiinflamatórios, analgésicos e corticoides em forma de infiltrações e bloqueios.

Estes últimos têm dado ótimos resultados apesar de serem invasivos.

- Fisioterapia:

Pode ser muito útil. O objetivo inicial da terapia física e diminuir a inflamação e minimizar a dor. Mais tarde podem se potenciar os músculos da base para que prestem melhor suporte a fascia

plantar debilitada. Dentro disto temos a ultrasonoterapia, a laserterapia, a crioterapia, o estímulo elétrico, a hidroterapia, a acupuntura e o repouso.

- Ultra-sonoterapia:

Pode se usar o método direto ou o subaquático. Sua doseificação estará relacionada com a frequência, a intensidade, o tempo, o modo de acoplamento, a mobilidade do cabeçal e a extensão, características e profundidade do tecido. E recomendável: emissão pulsátil, intensidade de 0,8 a 1,5 W/Cm², aplicação direta e frequência de 3 MHz num tempo de 5 a 10 minutos segundo a extensão da exostose. Temos que ter presente sempre a as contra-indicações.

- Crioterapia:

A massagem com gelo, de preferência um par de vezes ao dia ou pelo menos uma vez ao final do dia (pode ser uma garrafa plástica com água e congelar). Passar a garrafa durante uns 20 minutos por toda planta, desde o calcanhar até a parte traseira das cabeças metatarsais, dando mais ênfase ao arco do pé. Isto proporciona massagem, estiramento e frio.

- Laserterapia:

E utilizada para provocar efeito analgésico com o aumento na quantidade de beta-endorfinas e o restabelecimento do equilíbrio energético tissular. E como bioestimulante para acelerar a regeneração tissular. E importante marcar a região com pontos do esporão e aplicar laser durante 1 minuto ou minuto e meio em média.

- Acupuntura:

Esta terapia milenar se utilizara como alternativa analgésica, utilizando agulhas tipo capilares cilíndricos de medio che (grossura de um cabelo) e nos seguintes pontos:

E-41: Parte anterior do tornozelo entre os dois maléolos e moxar durante 5 minutos.

V-60: Localizado na depressão do tendão de aqueles e o maléolo externo. Punçar em ângulo reto e moxar de 5 a 10 minutos.

R-3: Localizada na depressão do tendão de Aquiles e o maléolo interno. Punçar em ângulo reto e moxar de 5 a 10 minutos.

- Hidroterapia:

Aproveitaremos o efeito hidroquinético e hidrotermal para o relaxamento da musculatura da boveda plantar, com duchas de jato a pressão, fria e quente, e banhos de contraste.

- Eletroterapia:

Utilizaremos neste caso as correntes interferenciais por eletroestimulação. Sua função será

analgésica e antiinflamatória. Por isto devemos colocar os eletrodos da seguinte maneira: um eletrodo pequeno na zona plantar do calcâneo, outro na zona das cabeças metatarsianas e outro unido ao do calcâneo na região posterior do maléolo tibial. Para isto utilizaremos uma frequência de 50 a 100Hz, com uma corrente portadora de 10.000 KHz, que diminuiremos com as sessões e segundo a tolerância do paciente até 4.000 KHz.

A duração do tratamento será de 10 minutos com 4 series de 15 contrações de 4 segundos cada uma na intensidade máxima, com 8 segundos de descanso entre cada serie.

Este pode utilizar -se com o ultra-som em terapia combinada.

- Repouso:

Utilize a dor como guia. Diminua sua atividade ou exercício.

- Bandagens:

A aplicação das técnicas de bandagem de contenção com tiras de esparadrapo em todo o cumprimento da fascia plantar podem ser muito eficazes, especialmente para a dor aguda na atividade esportiva. A princípio deve aplicar-se diariamente. Tem como finalidade aliviar a tensão da fascia. Tem que ser aplicado da seguinte forma:

- Com os dedos flexionados aplicar uma banda de reforço oblíquo na zona metatarsal.

- Outra banda que saia da cabeça do primeiro metatarsiano, passando pela zona medial do arco interno, seguindo por detrás do tornozelo ate chegar atravessando o centro da base ao primeiro metatarsiano.

- Outra banda que saia da cabeça do quinto metatarsiano, passando pela zona lateral do arco externo, seguindo por detrás do tornozelo ate chegar atravessando o centro da base ao quinto metatarsiano.

- Três bandas de reforço que partam por separado desde o centro do calcanhar para as cabeças metatarsianas do primeiro, segundo, terceiro, quarto e quinto metatarsiano.

- Bandas transversais na largura do pe todo, desde o calcanhar ate os metatarsianos.

- Exercícios:

A sua utilidade reside em indica-los particularmente tendo em conta as causas ou causa que deu origem á exostose, e a tonificar a musculatura. Podem ser de estiramento e de facilitação neuromuscular proprioceptiva: os primeiros descritos para a fascia plantar, o tendão de Aquiles e músculos da panturrilha e os segundos para ativar novos esquemas de coordenação neuromuscular, com equilíbrio monopodal e exercícios de coordenação.

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
- Afiação 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 eletrodos 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

Dentre eles podemos indicar:

- Estiramentos:
 - Coloque uma toalha pela base dos dedos do pé afetado, e tente puxar ela lentamente para você e aumente o grau de angulação dos dedos. Faça varias repetições com descansos entre elas.
 - Tente enruguar um pano com os seus dedos.
 - Coloque-se a certa distancia de uma mesa, apoiando as mãos na mesma, flexionando um joelho e a outra esticada. Lentamente se incline para a mesa, pressionando para frente ate sentir uma pressão moderada nos músculos da panturrilha da perna esticada. Mantenha esta posição durante 15 segundos sem retirar os pés do chão.
 - Com ambos calcanhares no chão dobre o joelho da perna reta ate sentir uma pressão moderada no tendão de Aquiles e mantenha esta posição outros 15 segundos.
 - Massageie seu pé doloroso lentamente sobre a panturrilha da outra perna de acima para baixo, tratando de rodea-la com os dedos.
- Facilitação neuromuscular proprioceptiva:
 - Far-se-á apoio monopodal com a missão de quebrar o equilíbrio e que a musculatura reacione para repo-lo. Começando com os olhos abertos variando o centro de gravidade sobre uma só perna em flexão, extensão, inversão e eversão do tornozelo, seguindo com os olhos fechados. Utilizarão-se superfícies instáveis como areia e colchões. Deve se realizar três vezes por semana. Este exercício pode se combinar com estimulação elétrica no prato de Freeman.
- **Ortopodologico:**
 - Calcanheiras: existem grandes variedades e geralmente são muito úteis.
 - Orteses: As palmilhas corretoras ou as orteses devem ser anatômicas, flexíveis e amortecedoras, que se amoldem a musculatura para complementar as deformidades e ajudar a marcha ergonômica.
 - Calçado: os calçados com salto macio e amplo e com solado amortecedor e flexível proporcionam maior comodidade e proteção. O calçado esportivo e recomendável.
 - Férulas noturnas: as férulas noturnas mantem o pé estendido ao nível do tornozelo e são também um método eficaz de tratamento.

Nota:

E importante sinalizar que qualquer destas formas ou variantes de tratamento conservador podem ser utilizadas como complementares do tratamento pré e pos-cirúrgico.

Tratamento quirúrgico

O tratamento cirúrgico será utilizado quando se tiver esgotado todos os recursos do tratamento conservador, quando este ultrapasse os 6 ou 12 meses de tratamento sem êxito. Nenhum procedimento ou cirurgia esta livre de risco e não tem garantias quanto ao êxito do procedimento e felizmente a maior partes das complicações cirúrgicas podem ser resolvidas mediante tratamentos e cuidados de seguimentos oferecidos pelo especialista. Os riscos pos-cirúrgicos são: recuperação demorada, infecção, dor na área do arco e possível insensibilidade nos pontos de incisão.

A cirurgia deve ser realizada por mínimo acesso para liberar a parte da fascia plantar que esta sendo afetada. Este procedimento inovador apresenta menos riscos que os apresentados pelos tratamentos cirúrgicos que se ofereciam anteriormente.

E importante lembrar que o esporão ou exostose é o resultado de uma irritação e inflamação crônica, onde a fascia que esta aderida ao osso do calcanhar exerce tração durante um período prolongado de tempo; o esporão é o resultado desta irritação estendida, que depois se instala contribuindo para a talalgia.

A fasciotomia plantar endoscopia e o método mais inovador na atualidade para tratar a talalgia, para a correção da síndrome do esporão do calcâneo e para a fascite plantar. Esta cirurgia tem um índice de êxito que flutua entre 50 % e um 97 %.

Este novo procedimento permite que o período de recuperação seja menor e a reincorporação as atividades normais seja mais rápida. Recomenda-se carga completa do peso corporal logo após o procedimento.

Esta cirurgia e de caráter ambulatorio. Durante o procedimento utiliza se uma instrumentação especializada.

O cirurgião insere fibras ópticas mediante duas mínimas incisões no pé, o que permitem visualizar diretamente a estrutura do pé num monitor. Uma vez examinada a banda da fascia plantar se faz uma avaliação e por ultimo se libera a mesma.

Pode ser que se recomendem outros tipos de intervenções cirúrgicas, segundo o caso particular do paciente. Ao realizar esta técnica não e necessário remover o esporão do calcâneo para aliviar a dor. Faz-se uma pequena incisão na porção afetada da fascia para libertar a tensão da tração.

A maioria dos pacientes podem retornar ao seu

trabalho após uma semana e voltar ao ritmo de vida normal após um mês. Outro atrativo que oferece este procedimento e que os pacientes podem voltar a usar seu próprio calçado após três dias de ter sido realizado o procedimento.

O período de recuperação pode variar em cada paciente, dependendo da sua idade e do seu nível de atividade.

De modo de resumido, é importante sinalizar que para ter êxito na cura do esporão do calcâneo tem que combinar as variantes do tratamento conservador.

Por isto é muito importante definir a sua etiologia. Na minha experiência a causa biomecânica das patologias estruturais e a de maior incidência. Temos que desprezar um esquema de tratamento que tenha como objetivo principal a eliminação da dor e a destruição da espícula. Para obter tudo isto é necessário combinar o uso de fármacos analgésicos e antiinflamatórios, técnicas

de fisioterapia (as que você determine), sem esquecer o ultra-som e o laser que tem dado muitos bons resultados.

Também a calçadoterapia e as orteses para corrigir as patologias ortopédicas de base e restabelecer a marcha saudável, com palmilhas anatómicas e calçados especializados.

Evitando com isto a recidiva da lesão e trocando a posição desta para que não irrompa na fascía. Desta maneira não se produz dor e as estruturas ficarão na sua posição fisiológica o que fará desaparecer a tensão da fascía.

Também exercícios para fortalecer a musculatura plantar. Somente cumprindo disciplinadamente o esquema de tratamento proposto se chegara a um êxito total da recuperação do paciente, encurtando assim seu estado de convalescença e incorporando-o novamente a sua vida social e de trabalho. ■

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 na internet informando aos profissionais

Uso de Curativos Hidrocoloides em Hemiceptomias.

Podologo Alejandro Iribarren - *Chile.*

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por finalidade efetuar um procedimento diferente na administração do curativo em feridas, trocando a ponte de gaze obrigatória, que é usado após uma hemiceptomia causada por um quadro de Onicocriptose (unha encravada).

CONCEITOS

A Onicocriptose ou unha encravada é uma afecção comum das unhas, muito dolorosa e frequentemente é infectada. É provavelmente o motivo de consulta podologica mais freqüente.

Trata-se da encravação da borda anterolateral da unha, por causa da espícula, que origina geralmente uma lesão granulomatosa na prega lateral da lamina ungueal.

Secundariamente a este fato mecânico ocorre uma paroniquia que consiste na afecção da prega ungueal com características inflamatórias.

ETIOLOGIA

A aparição de uma onicocriptose é favorecida por uma curvatura acentuada da unha, por pressão do calçado mal adaptado, pela presença de exostose ou pelo fato do mau corte das unhas (geralmente em ângulo agudo).

A espícula resultante atua a modo de lança, introduzindo-se durante o seu crescimento no interior da prega lateral da unha, fato que gera muita dor, mas pode ser indolor quando existe uma neuropatia periférica. Posteriormente pode ocorrer um granuloma, um bactrioma ou uma paroniquia.




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

Esta última é frequentemente produzida por *Cândida Albicans*, geralmente esta associada com o *Staphylococcus Aureus*, *Streptococcus Beta-hemolítico* ou, mais raramente a *Pseudomonas aeruginosa*.

DIAGNOSTICO

O artelho tem uma aparência tumefada e eritematosa, deixando um espaço aberto entre a prega e a matriz ungueal no qual acumula-se material estranho e por onde com frequência sai líquido purulento. A paroniquia candidíase caracteriza-se por apresentar um aspecto de queimadura com perda de cutícula.

A paroniquia também pode ser secundária a um traumatismo sobre a prega ungueal.

Pode obter-se uma amostra de pus para estudo bacteriano e micológico com a finalidade de prescrever antibiótico, terapia em forma mais precisa.

TRATAMIENTO

O primeiro objetivo do tratamento é eliminar a porção da unha que irrita a pele.

A paroniquia pode solucionar-se com um simples debridamento praticado no ângulo do abscesso, e a administração de antibiótico oral, associada a um tratamento tópico anticandidiásico e antibacteriano em forma líquida, exemplo povidina iodada. Em casos mais avançados seria necessária a extração da borda da unha, aplicando anestesia local, sendo fundamental, no paciente diabético, realizar previamente uma avaliação do estado da perfusão arterial do pé mediante exame hemodinâmico.

Posteriormente se aplicara sempre uma compressa com povidina iodada.

Nos casos de recidiva é aconselhável praticar extração da borda da unha até a matriz ou inclusive a extração total da mesma.

Em qualquer caso, a profilaxia indicada é evitar os fatores mecânicos que favorecem a aparição da unha encravada, e um aspecto básico de educação sanitária que o diabético devesse receber dos seus educadores.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Primeiro controle

O paciente se apresentou no dia 26 de Outubro de 2004, vindo de um Consultório de Saúde, com um quadro de onicocriptose grau 7, no primeiro artelho do pé esquerdo, borda externa, edemato-

so e eritematoso, com abundante secreção purulenta, muita dor e presença de tumor telangiectático.

O tratamento escolhido e efetuar uma lavagem por arraste com soro fisiológico, aplicação de creme bactericida e selado com cimento cirúrgico. Indicamos o retorno dentro das 24 hs.

Segundo controle

Paciente com sulcos periungueais desobstruídos, tumor diminuído. Efetuou-se hemiceptomia, corte parcial da lamina ungueal em forma longitudinal de distal à proximal. Lavado com soro fisiológico, aplicação de ponte com povidina iodada e curativo não oclusivo. Indicamos controle durante as 48 hs.

Terceiro controle

29 de Outubro de 2004. Paciente retornou ao controle: boa evolução, ferida limpa, infecção, secreção moderada a leve, ausência de dor.

ESTADO DO FERIMENTO

Incidências

Efetuada a anamnese podológica específica - paciente efetuou grande atividade pedestre, com cuidado com a bandagem do curativo oclusivo, inclusive tomou banho.

Observações:

Paciente apresentou um quadro de dermatomicose intertriginosa. Determinamos efetuar um tratamento usando Hidrocoloide formado com polímeros absorventes com 30 % de alginato de cálcio, o que aumentara a absorvência.

TRATAMIENTO

- Retirar o curativo antigo.
- Retirada do tecido macerado, debridamento.
- Limpeza da ferida, irrigação com soro fisiológico.
- Colocação de curativo hidrocoloide em forma de ponte, espaço, sulco e borda periungueal
- Colocação de fita Fix, elástica, micro porosa, adaptada à morfologia do artelho.

INDICAÇÕES

- Controle em 5 dias, dependendo da drenagem e saturação.
- Retornar ao controle antecipadamente em caso de filtrações.
- Orientação em limpeza e secagem caprichada. Efetuar tratamento para a dermatomicose.

CONCLUSÕES

Existem muitas opções na hora de escolher uma proposta para um ótimo cuidado das feridas. Sempre a melhor escolha estará sujeita ao tipo de ferida, o estado geral do paciente e a disponibilidade de custos para escolher os melhores materiais para o curativo e o profissional mais adequado.

Neste caso consideramos os parâmetros da ferida, como: local, tamanho, exudação, profundidade, aparência do tecido, pele ao redor, não infecção, inflamação e evolução.

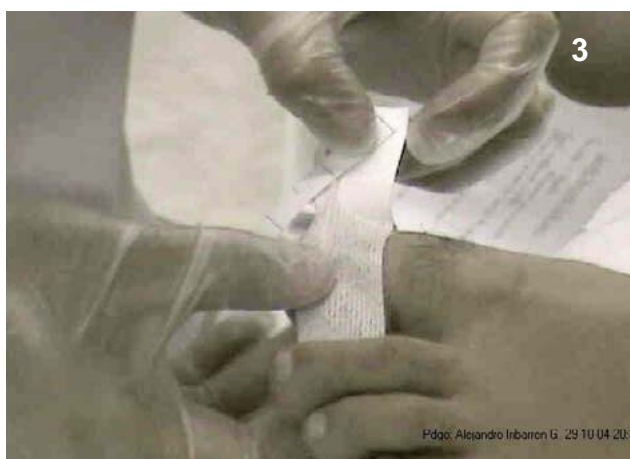
A condição do estado geral do paciente, suas atividades rotineiras com alto grau de esforço pedestre, os fatores predisponentes da hiperhidrose não controlada são fatores negativos para alcançar uma ótima cicatrização.

E assim como considero variar os procedimen-

tos tradicionais de curativo. Isto é, trocar a ponte de gaze estéril com povidina iodada por um tipo de curativo hidrocoloide, tendo o procedimento tradicional respeitáveis índices de efetividade, mas não tem ótimo resultado neste tipo de pacientes.

Em outras experiências realizadas nas quais foram usados curativos hidrocoloides trocando as pontes que separam a lamina ungueal do tecido adjacente posterior a hemiceptomia, inclusive em pacientes diabéticos controlados, apresentaram ótimos resultados.

A Podologia, como disciplina nova e em constante descobertas, assume e adota este tipo de procedimento para curativos, com a finalidade de beneficiar ao paciente evitando as complicações, muitas vezes lamentáveis, dos procedimentos tradicionais que nem sempre são efetivos em diversos tipos de pacientes. α



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. Orteses, Conceção Triplanar.

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

Por que Podocibernética ?

Porque os estudos podologicos verdadeiramente modernos e inovativos devem ajustar-se à atualidade neurológica. Os princípios da Cibernética implicam a assimilação e a utilização da Informação aplicada às maquinas e computadores; se transportarmos aos seres humanos, composto também de um sistema de informações, isto pode permitir darmos grandes passos.

Mas de que modo ?

Permitindo passar de uma visão ortopédica baseada somente na anatomia e no estuda da forma, para uma visão Holística integral. A palavra Holística vem de olhos, que quer dizer "global". Procurando adaptações à nossa própria psicologia, ao nosso modo de viver, ao nosso modo de relacionar-nos aos estímulos externos.

A Podoposturologia, na minha concepção, deve se ver em sentido triplanar, olhando ao individuo do lado biomecânico e de um modo global; atuando neste ultimo, na parte física, podemos chegar a modificar as outra partes do conjunto, a parte psíquica ou energética de modo que a coreografia dos nossos movimentos se convertam na expressão do que somos internamente.

Triplanar biomecânico: - plano sagital, plano frontal e plano horizontal.

Triplanar holístico: - a parte física, mental e da energia.

Triplanar postural: - a estática, a deambulação e os gestos e movimentos.

Lendo alguns livros e artigos encontro sempre verdades absolutas, esquemas precisos de patologias e conclusões lógicas terapêuticas; porem minha filosofia contradiz estas afirmações porque não existe nada absoluto para resolver cada caso, de onde derivam duas teorias:

A) Teorias subjetivas, dispensadoras de verdades absolutas: Lelieve, Lavigne, Root, Bourdiol, Villeneuve, Bricot.

B) Realidades objetivas: cada um tem encontrado uma boa solução para resolver a seu modo os problemas que lhes são apresentados.

A natureza não tem a nossa lógica, nos temos

que simplificar para catalogar, mas a Medicina não é Matemática, como exemplo temos os testes de psicologia cuidadosamente seguidos e apos comportamentos inexplicáveis; ou como no nosso campo, precisas terapias e, depois, na pratica encontramos outros resultados.

Minha idéia é entrar na nova era, o que significa que algo mudou e que em definitivo é o momento da rearmonização, certamente começando pelos pés, mas analisando todo o ser humano.

Na relação Homem-Pé é fundamental o equilíbrio em função de: do esquema corporal, dos receptores labirínticos, as informações visuais, os sistemas propioceptivos, os captos esteroceptivos, o psiquismo, a morfologia, a respiração, a oclusão dental, gestos repetitivos, cicatrizes e antecedentes dolorosos.

Devemos ver a postura sem seguir uma lógica escolástica, porque se analisará como postura lógica e devemos considerar só meio artro, então assim será:

- Pé valgo - rotação interna tibial - rotação interna femoral
- Quadril em adiante (avançado) anteversão, rotação + lateroversão externa.
- O sacro se horizontaliza, monta e avança em relação ao ilíaco.
- O raquídeo cria convexidade dorsal do lado oposto.

Não serão as mesmas lógicas para a outra metade, ou seja, para a outra perna.

E se convertera em postura ilógica se elevamos também do outro artro o pe valgo. O sacro não pode seguir a mesma lógica, não pode bascular também essa parte, ou tira de uma parte ou tira da outra.

Agora, quais são as adaptações ?

Como lição sabemos que pontos fixos criam movimentos relativos, assim existe sempre uma ilógica.

Para compreender tudo isto e necessário explicar primeiro o conceito de postura e equilíbrio.

A postura em relação a posição, é o estado em

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



que se encontra um corpo em relação a outro ponto de referencia. Outras formas da postura, e a maneira de estar em pé, o posicionamento do corpo em certos gestos (teatro), ou no modo de mover-se num específico gesto (esporte).

Agora definimos o equilíbrio, como o estado de repouso de um corpo estimulado por muitas forças que se anulam, com a posição proporcionada e harmoniosa das várias partes que compõem um todo.

As posições estáticas na postura as definimos como qualquer das posições assumida de um corpo e as posições dinâmicas, o equilíbrio, definindo-o como a ótima relação entre o sujeito e o ambiente circundante; ele mesmo assume uma série de posturas ótimas em um particular momento e para programas motores previstos.

Podemos, de todas as maneiras, afirmar que uma postura correta e indispensável para um bom equilíbrio, mas uma postura incorreta não implica necessariamente um mal-estar do equilíbrio, como por exemplo a escoliose.

Para chegar à terapia ortésica, sob uma concepção triplanar, introduziremos os termos reposicionamento e reequilíbrio. O primeiro é quando se dispõe de um elemento de conjunto e é necessário a seu funcionamento que se ajuste a fim de que o conjunto inteiro efetue uma determinada posição estática ou dinâmica. E o segundo para projetar um dispositivo capaz de contra

nivelar automaticamente a ação de determinadas forças, mediante oportunas modificações das distribuições das mesmas.

Antes de tudo, é necessário um exame clínico global:

A) Aspecto postural global, antepulso-lateralizado

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

C) Posição da patela - normal convergente - divergente.

D) Posição do pé, averso-inverso

E) Posição do tronco: flexões, laterais - giramentos, ante-retropulsão.

Depois, secundariamente, um exame informatizado tipo SKG:

A) X e Y meio, posição laterolateral, posição medial antero- posterior

B) Superfície, a elipse contendo os 90% dos centros de pressão nº de 90 mmq a 210 mmq.

Depois de efetuar todos os exames inter-relacionados: exame clínico postural e biomecânico, exame baropodométrico estático e dinâmico, exame postural informatizado SKG, exame DINATTO e exame ORTOVIEW, para os gestos e movimentos livres; então podemos chegar a uma:

**REVISÃO PODOCIBERNÉTICA,
EM DEFINITIVO A UM
DIAGNÓSTICO GLOBAL
E A UMA CONCEPÇÃO ORTESICA
"TRIPLANAR HOLÍSTICA" ! ☐**

www.revistapodologia.com

Desde 1997 na internet informando aos profissionais

Neste site você encontra:

Produtos: livros, vídeos, posters, etc.

Guia de Empresas: todos os dados das empresas mais importantes do mercado.

Guia de Profissionais: do mundo todo ... complete o formulário e ingresse em forma gratuita.

Guia de Eventos: congressos, jornadas, cursos, todas as informações dos horários, programas, etc..

Guia de Instituições: associações do mundo todo.

Onde Estudar: cursos ... e muito mais !!!

Exóstose Sub-Ungueal.

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

Esta patologia é muito comum e fácil de confundir com outras patologias, como granulomatose por onicriptoss, fibromas periungueais, e outras tumorações.

A avaliação clínica e radiológica são básicas para o diagnóstico correto e a condução é 100 % cirúrgica.

Foto 1 - Exostose sub-ungueal muito freqüente em crianças.

Foto 2 - Exostose sub-ungueal vista a-p.

Foto 3 - Radiografia simples essencial para o diagnóstico.

Foto 4 - Bloqueia-se o artelho com xilocaina simples, aplica-se torniquete, realiza-se incisão.

Foto 5 - Realiza-se incisão em "boca de peixe", localiza-se a exostose, disseca-se com bisturi, eliminam-se as bordas ásperas, irriga-se com soro fisiológico, sutura-se com pontos separados simples com nylon o vicril 5 zeros, aplica-se anti-biótico tópico.

Foto 6 - Aplica-se bandagem. ▣



Retirada das Unhas com Creme de Uréia.

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

A Uréia é um produto com propriedades antibacterianas, antifúngicas, antipruríticas, queratolíticas, dissolventes e desnaturizantes de proteínas. Assim como hidratantes e cicatrizantes aceleram a penetração cutânea só ou em associação com outros produtos e inclusive antineoplásticas, além de não ser tóxica nem alérgica.

A ação da uréia no desprendimento da placa ungueal é, entre outras, consequência da sua propriedade de desnaturizar as proteínas da mesma. E também as suas propriedades hidratantes e queratolíticas.

Baseado nestas propriedades, em 1.960 Avieric começa a usar os compostos da uréia para realizar a retirada atraumática das unhas distroficas. Mas, será a partir de 1.978 quando Farber e South publicam um primeiro trabalho sobre 'O tratamento de uréia na retirada não cirúrgica das unhas distroficas'.

Com este procedimento tratamos as unhas distroficas e hipertróficas, causadoras ou não de moléstias em pessoas diabéticas, em pessoas afetadas por problemas circulatórios e naquelas em que aplicação de anestésicos injetáveis estariam contra indicados.

Igualmente pode se utilizar este tratamento nas unhas psoríicas, as distroficas acompanhadas de dermatofitos e nas onicocriptoses que igualmente estejam afetadas de micoses.

Durante o tempo que utilizamos o composto de uréia no nosso Centro de Podologia podemos dizer que é muito recomendável o seu uso no tratamento prévio das Onicomicoses, antes de iniciar o tratamento antimicótico escolhido, uma vez obtidos os resultados do cultivo de uma porção da unha afetada.

Por causa da maceração induzida, o processo é totalmente indolor em todos os seus passos. Muito excepcionalmente se apresentaram casos de irritações durante os dias do curativo oclusivo, que poderiam ser devido à própria bandagem ou pelo baixo pH da Uréia.

Atualmente, no nosso Centro estamos fazendo experiências com outros compostos de Uréia

para a aplicação em queratodermias em diferentes zonas dos pés.

MATERIAIS E MÉTODO

Realizada a anamnese do paciente e uma vez efetuado o diagnóstico da afecção ungueal, após realizarmos as diferentes provas auxiliares que acreditamos necessárias, procederemos a realizar o curativo oclusivo da unha/as a tratar da seguinte forma:

1º.- Devemos tratar a pele ao redor da unha do dedo afetado, antes utilizávamos a "Tintura de Benjuí", mas atualmente utilizamos um produto farmacêutico denominado "NOBECUTAN" (Polimetacrilato 4% - disulfuro de Tetrametilouamio 0,02% - Dissolvente e propelente C. S. Ate 100 grs.)

2º.- Cobrimos toda a pele ao redor da unha com gaze, deixando a unha livre.

3º.- Aplicamos diretamente sobre a unha a pomada de Uréia 40% em boa quantidade, procurando cobrir toda a extensão da unha, tanto na parte dorsal como na parte distal..

4º.- Procedemos a cobrir a pomada com uma película plástica. Servem perfeitamente os filmes plásticos usados na cozinha. Após passarmos esparadrapo em toda volta.

5º.- Cobrimos também todo o dedo com o esparadrapo para assegurar a o máximo possível o curativo.

6º.- Por último, por cima, o cobrimos com gaze tubular, para evitar que o esparadrapo se cole no calçado o na meia.

Manteremos este curativo oclusivo entre 8 / 14 dias, dependendo da grossura da unha a tratar.

Durante o curativo, o único cuidado que deve ter o paciente é manter o local totalmente seco. Aconselhar ao paciente que para seu asseio diário proteja o pé afetado do contato direto com a água cobrindo-o com saco plástico ou do jeito que lhe seja melhor. Fazendo o asseio do pé afetado com uma esponja úmida, por exemplo.

Após o fim do período dado pelo podólogo para a duração do tratamento, se procedera a retirada do curativo oclusivo do dedo afetado. Logo faremos um banho de ozônio e procederemos a levantar a unha com uma gubia e cortá-la até chegar à unha clinicamente normal, caso

ela exista. Ou extirparemos totalmente a unha, com muito cuidado respeitando a zona da matriz ungueal, procurando não danificar a mesma.

Após, chegaremos ao leito ungueal que ficou descoberto, realizando uma limpeza total incluindo os sulcos ungueais. Isto pode ser feito com a ajuda de um micromotor, utilizando uma fresa fina diamantada, para não traumatizar em excesso o leito ungueal.

Ao final realizaremos uma boa limpeza com álcool e uma boa secagem de toda a zona.

Por ultimo indicaremos ao paciente as medicações tópicas específicas a seguir de acordo com o diagnostico primário.

Nas Onicomicoses estamos utilizando Ciclopirox (Ciclochem Unhas, solução), como antimicótico de eleição. Sua apresentação, no nosso país, é em forma de esmalte para as unhas, o que permite ao paciente uma cômoda, pratica e rápida aplicação do medicamento. A posologia que utilizamos é:

- 1º Mês: aplicar 3 vezes por semana.
- 2º Mês: aplicar 2 vezes por semana.
- 3º Mês: aplicar 1 vez por semana.

A cada 10 dias o paciente deve limpar as unhas com algum removedor de esmalte.

Aos 3 meses, se procede a limpeza de toda a unha, comprovando o estado e o crescimento da mesma.

O procedimento anteriormente descrito tem diversas vantagens. É um método que pode se aplicar a varias unhas anormais ao mesmo tempo. A técnica é completamente indolor e não existe nenhum risco de infecções, nem de hemorragias, pela qual o podologo tem uma ferramenta terapêutica ideal para tratar pacientes diabéticos ou aqueles que apresentam problemas de insuficiência vascular periférica ou com neuropatias digitais.

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"

Ate hoje não se conhecem contra-indicações, nem se produziram interações com outros fármacos nem tampouco intoxicações pelo próprio produto.

Na bibliografia consultada não se descrevem efeitos secundários com o uso do composto de Uréia 40%, nem nos encontramos nos numerosos casos tratados no nosso Centro.

No momento de recortar a unha, as vezes pode aparecer uma pequena hemorragia "em ponta de alfinete" a qual se resolverá, satisfatoriamente, por simples pressão.

É importante ressaltar que com este tratamento a matriz ungueal não fica afetada. Em pacientes com onicogrífosos de grande evolução, e muito provável que volte a crescer com a mesma afecção, mas isto não acontecerá em um período anterior aos 15 - 20 meses, momento no qual se voltará a repetir o mesmo tratamento.

A pomada de Uréia se conserva perfeitamente por 4 / 6 meses.

A formulação que estamos utilizando atualmente, trás inúmeros testes e aplicações com variações de porcentagens dos seus componentes é:

UREIA.....	40 %
Lanolina anhidra.....	20 %
Cera branca.....	5 %
Vaselina branda.....	35 %

Por tudo isto terminamos indicando que com este procedimento não se pretende trocar ou eliminar a extração cirúrgica das unhas naqueles casos em que o profissional ache conveniente.

É simplesmente uma forma alternativa de terapia não cirúrgica nem invasiva e que nos proporcionará resultados altamente satisfatórios, tanto para o Podologo como para o paciente, na resolução da sua afecção. ■

Reflexologia Podal. Hipertireoidismo.

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

Definição

É o excesso de funcionamento da glândula tireóide, e em função disso, ocorre um conjunto de sinais e sintomas no corpo.

Como evolui

Os sinais e sintomas surgem em função do excesso de funcionamento da glândula tireóide ou da ingestão dos hormônios da tireóide.

As principais causas desse aumento de funcionamento:

Bócio difuso tóxico.

Doença de Basedow-Graves. O bócio difuso tóxico é uma doença auto-imune na qual o organismo produz anticorpos que estimulam a produção e a liberação de hormônios pela tireóide.

Bócio multinodular tóxico

O bócio multinodular tóxico em geral é uma moléstia de evolução lenta na qual ocorre proliferação de diversos folículos da glândula, formando diversos nódulos, algumas vezes volumosos e visíveis.

Bócio uninodular tóxico (Adenoma Tóxico)

Os adenomas são nódulos únicos, em geral com mais de 3 cm de diâmetro, que produzem em excesso os hormônios da tireóide.

Os Sintomas apresentados pelos pacientes são:

- fome excessiva
- nervosismo, insônia, labilidade emocional
- aumento do ritmo intestinal
- tremores
- intolerância ao calor
- emagrecimento
- unhas quebradiças, cabelo seco, quebradiço e encaracolado.
- pele quente e úmida.

Diagnóstico

A suspeita clínica é a melhor maneira de buscar um diagnóstico em paciente portador dos sintomas.

Os pacientes nos quais se investiga a causa de uma arritmia cardíaca, ou dor abdominal associada a emagrecimento (principalmente do paciente idoso).

O exame laboratorial é estabelecido pelas dosagens de TSH e T4 (Hormônios da tireóide) no sangue. Se os valores de T4 estiverem aumentados e os de TSH reduzidos, o paciente é portador de hipertireoidismo. É necessário então investigar sua causa, que pode ser auto-imune, uni ou multinodular.

Este diagnóstico é estabelecido pela presença de anticorpos anti-receptor do TSH (TRAB), pela captação de iodo e cintilografia da tireóide e pela ultra-sonografia da tireóide.

E não se pode esquecer, que a esse diagnóstico, cabe ao médico.

A Reflexologia Podal e o Hipertireoidismo

O tratamento pode dirigir-se para a regulação do excesso hormonal e/ou para sua causa.

Cabe ao reflexoterapeuta, que diante de sinais e sintomas que podem sugerir um distúrbio de tireóide, orientar o paciente a procurar um endocrinologista, afim, de realizar o diagnóstico.

O objetivo da Reflexologia Podal é combater os sinais e sintomas da hipertireoidismo, como por exemplo: nervosismo, insônia, labilidade emocional, fazendo com que o organismo reaja aos estímulos promovidos pela Reflexologia, buscando o poder curativo do corpo.

É muito importante no tratamento, regular o funcionamento do sistema endócrino, sistema nervoso, e estimular o sistema digestivo com o objetivo de captar e absorver os nutrientes necessários para o metabolismo da tireóide.

Estimular os sistemas excretores do corpo (Sistemas Urinário, Digestivo, Tegumentar, e Respiratório), se faz necessário para que seja possível a homeostasia (equilíbrio) do organismo.

Sendo assim, estaremos estimulando o poder de cura do corpo, possibilitando bem estar e dias melhores a esse paciente. ▣

Verrugas Plantares.

Podóloga Márcia Nogueira. **Brasil.**

As verrugas plantares, também conhecidas popularmente como "olho de peixe", é uma dermatovirose (doença de pele provocada por um vírus), que pode, freqüentemente, ser confundida com um calo duro.

Como podemos diferenciar o calo duro da verruga plantar ?

Por terem uma aparência semelhante, pois o calo além da hiperqueratose também pode vascularizar, todo cuidado é pouco.

Para o tratamento da verruga plantar, um dos métodos utilizados é o da cauterização química, que envolve a aplicação de um ácido.

Caso o cliente for diabético, pode ser iniciada uma lesão que poderá se tornar um mal perfurante plantar (tema que será tratado num outro momento).

Outros métodos também utilizados:

- Eletrocauterização: destruição da verruga através do calor, indicado para verrugas periungueais e plantares.

- Criocauterização: utilizando baixas temperaturas.

- Indução psicossomática: tratamento feito por auto-sugestão, desencadeado por estímulos cerebrais, indicado para crianças ansiosas.

Outra semelhança que também deve ser considerada é o núcleo do calo.

Em seu lugar, na verruga plantar, existe uma raiz com células virais (HPV) que se aprofundam na região plantar, devido à constante pressão do peso do corpo. As células virais são recobertas e envolvidas por uma hiperqueratose que as ultrapassa, quando desbastadas, voltam a se formar rapidamente.

As vezes é rodeada por um círculo esbranquiçado, com aspecto ponteadado, muitas vezes enegrecidos, pois possuem capilares que irrigam cada papila que constitui o tumor, tramboando nas extremidades superficiais.

Varia muito de tamanho e profundidade.

É muito dolorida, mas pode desaparecer por completo, quando removidas adequadamente.

Caso contrário reaparecem rapidamente.

Origem:

A verruga plantar é provocada por uma infecção virósica, é contagiosa (pode produzir lesões-filhas) e auto-inoculável.

Geralmente aparecem depois de pequenas lesões, traumatismos ou em períodos de baixa resistência do organismo.

É mais freqüente em crianças, pois não tem ainda seu sistema imunológico totalmente desenvolvido.

Podemos, também, encontrar outros tipos de verrugas:

Verrugas periungueais:

Localizam-se ao redor da unha invadindo o seu leito e prega ungueal. O diagnóstico nessas regiões fica mais fácil, pois, persistem por fora do contato com a unha e tem o formato que nos é familiar. Seu tratamento é bem dolorido, se for ministrado com ácido, por se localizar numa região sensível.

Verruga vulgar:

Localiza-se, geralmente, nos dedos e dorsos da mão, formando placas amarelas, irregulares e com pontos escuros.

Verruga plana:

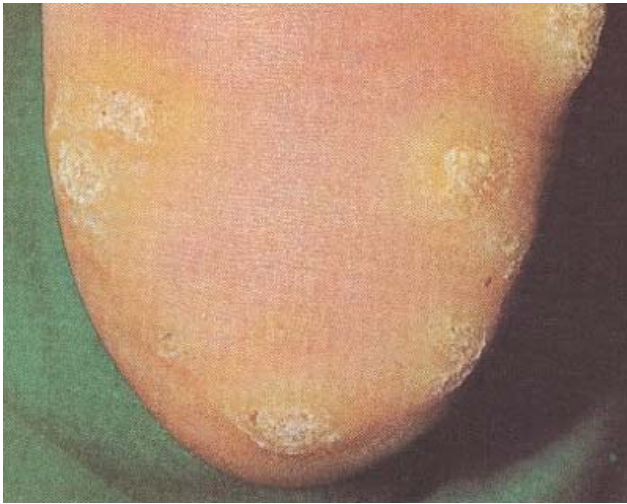
Localizada, geralmente, na face e dorso das mãos e dedos, é uma pequena papila, dura e amarelada, com discreta elevação, com diâmetro entre um e cinco milímetros, filiforme, apresenta aspectos estruturais diferentes, são moles, perpendiculares, geralmente encontradas nas pálpebras, axilas, pescoço e ângulos da boca.

Condiloma acuminado:

HPV (Papiloma Vírus Humano), quando não diagnosticado a tempo, está ligado ao aparecimento de tumores malignos, o que não temos conhecimento na verruga plantar.

Esse tipo de HPV é sexualmente transmissível e provoca o surgimento de verrugas nos órgãos genitais.

As verrugas virais são prevenidas evitando o contato direto com pessoas infectadas. Para evitar sua contaminação e o aparecimento do câncer no colo do útero e pênis, é recomendado o uso de preservativos em relações sexuais e acompanhamentos periódicos por ginecologista ou urologista. ▣



Verrugas plantares



Verrugas subungueais



Verrugas planas juvenis



Verruga vulgar

Imagens retiradas do livro Dermatologia Rassner - Atlas - 3º Edição - Editora Santos

