



revista
revistapodologia
-com

Nº 7 - Abril 2006

TECNICA - CIENTIFICA - CULTURAL

Revista Digital de Podologia

Gratuita

En idioma português.



**1º Expo-Congreso
Latinoamericano de
Podologia Aplicada**



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



Cabos podológicos redondos para lâminas descartáveis



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

revistapodologia.com nº 7
Abril 2006

Directora científica
Podóloga Márcia Nogueira

Director comercial: Sr. Alberto Grillo.

Colaboradores desta edição:

Dr. F. Javier Aragón Sánchez. **Espanha**
Podiatra Jeffrey M. Robbins. **EEUU.**
Fernández Digón, Alejandro DP. **Espanha**
Alonso Peña, David DM. **Espanha**
Alonso Peña, Javier DM. **Espanha**
Sánchez Rodríguez, Raquel DP. **Espanha**
Martínez Nova, Alfonso DP. **Espanha**
Paulo Jorge Martins da Silva-MSSF. **Portugal**
Pdga Márcia Nogueira. **Brasil**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 31

Capa: capa Revista Podologia Argentina nº 7
Setembro de 1997.

Estimados Leitores

Um bom profissional sempre busca complemento para seu saber e estamos fazendo nossa parte. Nossos colaboradores, aproveitamos a oportunidade para mais uma vez enviar nossa gratidão, dedicam parte de seu tempo para desenvolver as matérias que nos são enviadas, enriquecendo assim, cada vez mais o conteúdo da nossa Revista.

Por isto, os temas atuais são uma constante.

Vale a pena lembrar que sugestões para temas e debates sempre são bem-vindos.

Somos uma revista que se diferencia por ser global, ampla e aberta a todos que querem participar. Nossos colaboradores são independentes e não exclusivos. Participam porque acreditam em nossa proposta de trabalho e acima de tudo em suas profissões.

Queremos sempre seguir essa conduta, pois só assim, poderemos transmitir o conceito do saber coletivo e irrestrito.

A união de uma classe só se faz assim: com desapego e apenas um ideal.

Até nosso oitavo, entre outros, encontros na red !

A direção

ÍNDICE

Pag.

- 5 - O Pé Diabético Ulcerado, um Desafio Ainda no Século XXI.
- 11 - Manifestações nos Pes das Doenças Sistémicas.
- 19 - Fitoterapia Aplicada à Doenças Sistémicas que Afetam ao Pé.
- 25 - A Relação Amortecimento - Estabilidade no Calçado Esportivo.
- 29 - Tipos de Pes.

Podologia Hoje Publicações Ltda. - Nicolau P M de Brum 17 - Rio Pardo
Rio Grande do Sul - Brasil - Cep: 96640-000 - Tel: #55 51 3731-3037
www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

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

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.* 1997; 123 (Oct-Dec 1997). 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

O Pé Diabético Ulcerado, um Desafio Ainda no Século XXI.

Dr. F. Javier Aragón Sánchez *. Espanha.

O "pe diabético" é uma síndrome que engloba as alterações anatômicas ou funcionais que ocorrem nos pés das pessoas com diabetes como consequência de sua doença metabólica e representa uma causa muito importante de morbimortalidade em este grupo de população. Tanto é assim que se estima que 15% dos diabéticos desenvolveram uma lesão no pé ao longo de sua vida(1).

Conscientes na importância deste problema, representantes dos departamentos governamentais de sanidade e organizações de pacientes de todos os países da Europa sustentaram um encontro com expertos em Diabetes baixo a tutela das Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde para Europa e a Federação Internacional de Diabetes em St.Vincent, Itália do 10 a 12 de outubro de 1989.

Em aquela reunião se fixo, entre outros objetivos, reduzir a metade às amputações em diabéticos. Hoje tem passado 15 anos desde esta reunião e estas cifras estão longe de cumprir-se. Iniciamos o século XXI com um importante desafio e uma dívida com nossos diabéticos: reduzir o número de lesões e amputações que lhes ocasionam uma importante perda da qualidade de vida.

Esta bem estabelecido que a seqüência ulceração, infecção e gangrena precede a uma grande maioria das amputações dos membros inferiores no diabético. Em outros casos é a falta de cicatrização de uma ulcera a que conduz a tão terrível complicação no diabético(2). Por tanto, a chave para reduzir as amputações está em prevenir a ulceração. Conhecemos os fatores de risco de ulceração(3,4,5), que são os que mostramos na tabela 1 e sobre eles é que temos que atuar.

Podemos apreciar que salvo os quatro últimos, que são fatores de risco gerais, os demais são fatores locais que para ser detectados precisam de uma exploração do pé.

Realmente exploram-se os pés de nossos diabéticos para detectar estes fatores de risco?. Em um estúdio americano pode-se comprovar que 53% dos diabéticos não se lhes tinha realizado uma exploração de seus pés nos últimos 6 meses e 22% dos diabéticos nunca tinham examinado os pés(6). Em resultados comunicados em nosso



país, em uma enquete prospectiva de 117 pacientes diabéticos com lesões em seus pés, no 80% seus médicos(7) nunca tinham examinado seus pés. Litzelman et al demonstraram em um estudo controlado e randomizado que os pacientes cujos pés eram examinados por seus médicos, tinham menos probabilidade de sofrer lesões serias que os que não recebiam esta atenção(8).

Por tanto, surpreendem estes porcentagens e mais quando se conhece que se trata de um exame fácil de realizar, que não ocupa tempo excessivo, que se realiza com uns instrumentos baratos, e sobre tudo quando se conhecem as dramáticas consequências desta complicação.

A Associação Americana de Diabetes recomenda que a inspeção dos pés seja realizada em cada visita medica relacionada com a diabetes, e um exame integral dos pés uma vez ao ano(9).

Fatores de Risco de Ulceração

- Neuropatia periférica
- Doença vascular periférica
- Historia previa de ulceração e/ou amputação
- Deformidades no pé
- Pressões anôrmalas no pé
- Limitação na movilidade articular
- Anomalias na marcha
- Edema periférico
- Duração da diabetes
- Retinopatia
- Nefropatia
- Tabaco

Tabela 1

A neuropatia se encontra implicada em 80% das úlceras(2,10). A neuropatia sensorial faz que a pele se volte sensível ante os estímulos mecânicos, químicos ou térmicos, normalmente dolorosos. A afetação dos nervos motores originam uma atrofia da musculatura intrínseca do pé e um adelgaçamento da almofadinha sebosa que se encontra baixo a cabeça dos metatarsianos. Como conseqüência dele se produzem deformidades dos pés e dos dedos e proeminência das cabeças metatarsais que facilitam o traumatismo e que em ultima instancia conduzem a ulceração.

A neuropatia autônoma tem como conseqüência a perda de sudoração do pé, tornando-se a pele seca, com rachaduras e com uma marcada tendência a hiperqueratoses, o que deixa o pé mais disposto às lesões. Por outro lado, a afetação dos nervos simpáticos, uma autentica "auto-sympatectomia", produz uma vasodilatação que ocasiona um aumento da reabsorção óssea, colapso articular e deformidade cuja máxima expressão a constitui a neuroartropatia de Charcot(11).

A inspeção do pé detecta muitas destas alterações conseqüências da neuropatia e ademais existem explorações que tem demonstrado sua utilidade em detectar o paciente em risco de ulceração como são a exploração mediante os



filamentos de Semmes-Weinstein 5,07-10 gr e o biotensiometro(12,13), o primeiro deles barato, fácil de utilizar e com resultados reproduzíveis.

As alterações biomecânicas da marcha, da mobilidade articular e a detecção de alterações no pé e suas correções devem ser realizadas por um podólogo.

Revisando as estatísticas norte-americanas, tão só 17% dos diabéticos maiores de 18 anos tinha visitado o podólogo no ultimo ano(1).

Na comunicação apresentada anteriormen-



EL ESTETICISTA

elesteticista@suavepie.com

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

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

te(7), 83% dos diabéticos com lesões nunca tinham ido a um podólogo. A inclusão do podólogo no equipo multidisciplinar que trata a estes pacientes e uma realidade em outros países e sua efetividade tem sido descrita em diferentes trabalhos e consensos.

Em nosso país (Espanha), a figura do podólogo não se encontra incluída entre as prestações da seguridade social e a nosso juízo, no manejo da pessoa com diabetes, deve ser obrigado. Só como exemplo, uma das atenções clássicas do podólogo e a eliminação das calosidades.

Pois bem, a eliminação dos calos por parte destes profissionais podem reduzir as pressões plantares em mais de 30%. Desta maneira e possível afastar o paciente do umbral da pressão da ulceração com uma manobra fácil, ambulatoria e que deve ser realizada com regularidade.

Tem sido estimado que entre 40-50% das amputações em diabéticos podem ser evitadas mediante um adequado cuidado dos pés, uma educação dos pacientes, um tratamento agressivo das lesões precoces incluindo cirurgia de revascularização esta indicada e um controle dos fatores de risco(15-17).

Com estes antecedentes podemos entender que fazem falta diferentes profissionais, perfeitamente coordenados em um time multidisciplinar para conseguir prevenir a temida amputação.

Se a lesão chega a ocorrer, e importante realizar um adequado diagnostico e tratamento da mesma. Na análise de uma serie de 367 pacientes com o pe diabético(18), em 43% existia um ou mais destes três fatores: pé mau cuidado, manipulação inadequada ou atraso terapêutico. Os dois primeiros entram no terreno da prevenção e educação do que temos falado anteriormente, mas o atraso no diagnostico e o tratamento da lesão tem de ser analisado com detalhes. Durante muitos anos tem existido um pessimismo em torno desta patologia e a inevitabilidade da amputação.

A microangiopatia diabética, ou doença oclusiva de arteríolas e capilares descrita por Goldemberg e Blumenthal(19) faz mais de 40 anos, foi responsável durante anos deste pessimismo. Que sentido teria re-vascularizar a um diabético se a microcirculação estava oclusa?. Também as úlceras neuropáticas, que ocorrem em pacientes com pulsos, eram indicadas a micro-angiopatia. Por sorte existem estudos posteriores(20-22) que tem demonstrado que a micro-angiopatia não e oclusiva e que se caracteriza por um engrossamento da membrana basal dos capilares.

Ainda que se segue invocando à micro-angiopatia quando aparece uma gangrena em um



paciente com pulsos, quando em estes casos e a sepsia local e a liberação de toxinas bacterianas ao responsável de produzir uma vasculites, uma trombose arteriolar e em ultimo lugar um processo isquêmico que e secundário a infecção(23) como apreciamos na figura 3. Associar sempre o problema do pé diabético a um processo isquêmico faz que estes pacientes sejam enviados a consultas de cirurgia vascular, sobrecarregadas geralmente e com uma lista de espera, quando o que necessita e um tratamento urgente e enérgico da infecção para salvar a extremidade.

Isto põe de manifesto a complexidade desta patologia e que em ocasiões se tenta tratar exclusivamente como um problema local. Isto leva a um continuo cambio de curativos, pomadas e cremes tentando buscar a solução mágica quando a chave e abordar o problema desde um ponto de vista etiopatogênico(24).

Conhecendo que são a neuropatia e a doença vascular periférica os elementos que intervem na patogenia das lesões, as úlceras ficaram classificadas em neuropáticas, isquêmicas e mistas ou neuroisquêmicas. Não tem nenhum sentido tentar a cicatrização de uma ulcera isquêmica no pé de um diabético sem que seja valorado previamente pelo cirurgião vascular. Desde um ponto de vista pratico, qualquer ulcera em um diabético sem pulsos distais tem de ser enviado a um cirurgião vascular quem indicara a terapêutica mais oportuna.

Recomendamos realizar sempre uma palpação dos pulsos do pé no diabético com lesão e seguir o algoritmo da figura 4 que nos proporciona o tipo de lesão a que nos enfrentamos para proceder desde um ponto de vista etiológico a sua resolução.

No caso de úlceras neuropáticas puras, sem componente isquêmico também e necessário realizar um manejo adequado das mesmas. A chave neste tipo de úlceras as proporcionam as 4

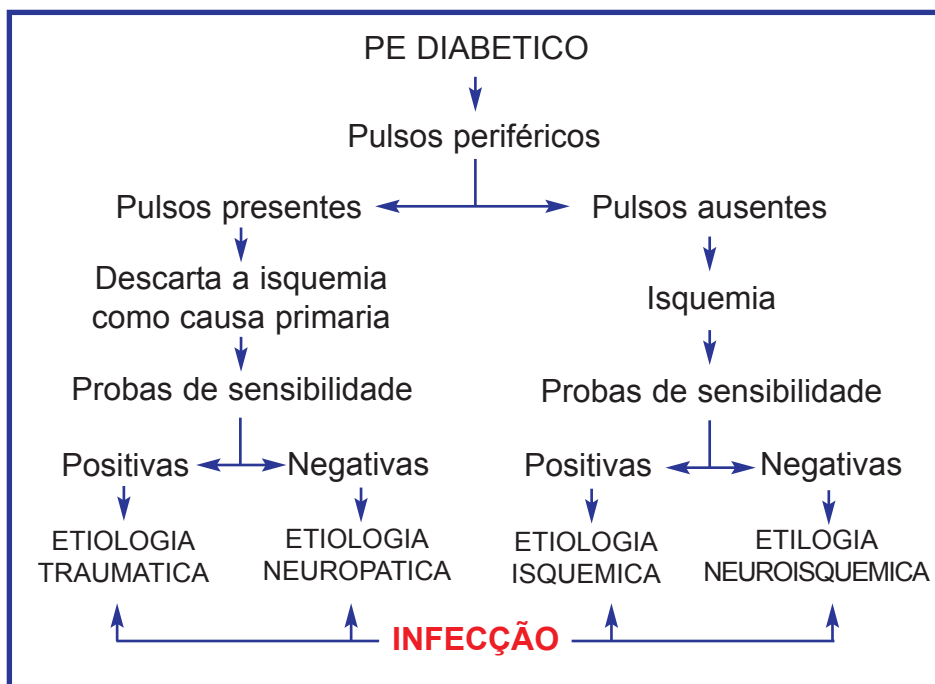


Fig 4.

"D". Desbrindamento, Desinfecção, Descarga, Descartar osteomielites(25). A ulcera neuropática não é mais que uma ulcera devido à pressão mantida sobre uma zona do pé insensível. Se este pé tivesse sensibilidade, não se produziria a lesão já que o paciente modificaria tanto a estática como a deambulação para evitar a dor que lhe ocasiona este aumento de pressão. Inicialmente o pé responde mediante a produção de uma hiperqueratose e se a pressão não se modifica se produz uma hemorragia sub-queratósica e posteriormente a ulceração.

Nos vamos á encontrar por tanto com um paciente que apresenta uma região calosa, com um cambio de coloração que corresponde a uma hemorragia sub-queratósica e que não deve ser confundida com uma necrose, geralmente cavitada (figura 5).

Toda esta zona tem que ser debridada, a primeira D, e por a ulcera a plano para poder colo-

car o tratamento local mais oportuno (figura 6).

As vezes este debrindamento não se realiza e se colocam tratamentos sobre esta hiperqueratose que estão condenados ao fracasso. Uma vez que temos colocado a ulcera em condições de atuar terapêuticamente sobre ela vem o passo mais importante e que é a chave do êxito: a descarga. Se a ulcera esta ocasionada por um aumento de pressão sobre uma zona do pé, se esta pressão não é modificada, a ulcera não cicatrizará e o que é pior, poderá aumentar em profundidade até chegar ao osso.

A descarga pode ser realizada mediante feltros, sapatos de meio pé, sapatos post-cirúrgicos, combinações deles ou gessos de contato total.

O tratamento de descarga deve ser individualizado e colocar o mais idôneo para cada paciente.

Qualquer ferida no diabético constitui uma



Fig 5



Fig 6

porta de entrada a infecção e isto constitui um grave problema que põe em perigo a viabilidade da extremidade e constitui a causa de aproximadamente 20% dos ingressos hospitalares desta população.

O diagnóstico da infecção no pé diabético é essencialmente clínico e por isso qualquer paciente com suspeita de infecção tem que ser explorado o pé em todas suas caras e espaços interdigitais. Devemos conhecer a extensão e profundidade da ulcera, presença da celulites, supuração, edema e zonas cutâneas com cambio da coloração sugestiva de necroses cutânea. Devemos palpar na periferia ulcerosa para ver se existe descarga purulenta e o tipo de pus emitido ou se existe crepitação ou flutuação. Os sintomas locais são os imprescindíveis para o diagnóstico de infecção, tanto e assim que a maioria dos autores sugere que a ausência dos sintomas inflamatórios implica a ausência de infecção.

Quando os sintomas gerais como febre, mal estar geral, escalafrios ou leucocitoses estão presentes são altamente sugestivos de infecção, mas sua ausência não a descarta.

Em todo paciente com suspeita de infecção devemos praticar uma radiografia do pé em busca de corpos estranhos, gás em partes macias ou afetação óssea.

A pesar de que é uma prova ao alcance de qualquer clínico, econômica e praticamente inócua, vemos com elevada frequência pacientes com pé séptico, incluso com osteomielites, aos que nunca se lhes à realizado uma radiografia do pé.

Existe uma prova clinica que é a palpação do

osso mediante um estilete estéril a travez da ulcera e que tem demonstrado uma sensibilidade de do 66%, uma especificidade de 85% e um valor de prevenção positivo do 89% para o diagnóstico de osteomielites(26).

É necessário que o profissional que se enfrenta a este problema conheça estes meios de diagnósticos fáceis ante a infecção óssea que pode por em perigo a extremidade. Se a ulcera do paciente chega a cicatrizar, não acaba o problema: traz 1, 3 e 5 anos de seguimento, 34%, 61% e 70% dos pacientes cujas ulceras cicatrizaram desenvolveram uma nova ulcera(1).

Todavía e mais preocupante o feito de que a sobrevivência aos 3 anos depois de ter sofrido uma amputação maior e só 50% e aos 5 anos 40%, se bem tem cifras mais decepcionantes na literatura como um 80%, 59% e 27% a 1, 3 e 5 anos de seguimento respectivamente.

Como podemos apreciar, ainda que não fique bastante caminho para recorrer para evitar as amputações em nossos diabéticos. ▣

***Dr. F. Javier Aragón Sánchez**

Cirurgía General y del Aparato Digestivo
Unidad de Pie Diabético
Hospital la Paloma
C/ Maestro Valle, 20
35005 Las Palmas de Gran Canaria
Teléfono: 34-928234466
pediabetico@telefonica.net
javiaragon@hospitallapaloma.com
www.piediabetico.net
www.hospitallapaloma.com

Bibliografía

1. American Diabetes Association. *Diabetes 1996 vital statistic*. Alexandria, VA: American Diabetes Association; 1996.
2. Pecoraro RE, Reiber GE, Burgess EM. *Pathways to diabetic limb amputation: basis for prevention*. *Diabetes Care* 1990; 13: 513-521.
3. Boyko EJ, Ahroni JH, Stenses V, Forsberg RC, Davignon DR, Smith DG. *A prospective study of risk factors for diabetic foot ulcer*. *Diabetes Care* 1999; 7: 1036-42.
4. Birke JA, Novick ES, Hawkins ES, Patout C. *A review of causes of foot ulceration in patients with diabetes mellitus*. *J Prosthetics Orthotics* 1991; 4: 13-19.
5. Armstrong DG, Lavery LA, Harkless LB. *A treatment-based classification system for assessment and care of the diabetic feet*. *J Am Podiatr Med Assoc* 1996; 86: 311-316.
6. Reiber GE, Boyko EJ, Smith DG. *Lower extremity foot ulcers and amputations in diabetes*. In: *National Diabetes Data Group, editors. Diabetes in America*. 2ª ed. Washington: National Institutes of Health; 1995, 409-428.
7. Delgado García Y, Aragón Sánchez FJ, Lázaro Martínez JL, Hernández Herrero MJ. *Resultados de una encuesta sobre conocimientos de la patología de los pies*. *Comunicación al I Congreso Nacional Multidisciplinario de Pie Diabético, Madrid 2003*.
8. Litzelman DK, Slemenda CW, Langefeld CD, Hays LM, Welch MA, Bild DE, et al. *Reduction of lower extremity clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. A randomized, controlled trial*. *Ann Intern Med* 1993; 119:36-41.
9. Zoorob RJ, Hagen MD. *Guidelines on the care of diabetic nephropathy, retinopathy and foot disease*. *Am Fam Physician*. 1997; 56: 2021-2028, 2033-2034.
10. Boulton AJ. *The diabetic foot: neuropathic in etiology*. *Diabet Med* 1990; 7: 852-858.
11. Sinacore D. *Acute Charcot arthropathy in patients with diabetes mellitus: healing times by foot location*. *J Diabetes Complications* 1998; 12:287-93.

12. Young MJ, Veves A, Breddy JL, Boulton AJM. The prediction of diabetic neuropathic foot ulceration using vibration perception thresholds. A prospective study. *Diabetes Care* 1994; 17: 557-560.

13. Rith-Najarian SJ, Stolusky T, Gohdes DM. Identifying diabetic patients at high risk for lower-extremity amputation in a primary health care setting: a prospective evaluation of simple screening criteria. *Diabetes Care* 1992; 15:1386-89.

14. Young MG, Cavanagh PR, Thomas G, Johnson MM, Murray H, Boulton AJM. The effect of callus removal on dynamic plantar foot pressures in diabetic patients. *Diabet Med* 1992; 9: 55-57.

15. American Diabetes Association. *Diabetes 1996 vital statistic*. Alexandria, VA: American Diabetes Association; 1996.

16. Bild DE, Selby JV, Sinnock P et al. Lower extremity amputation in people with diabetes: epidemiology and prevention. *Diabetes care* 1989; 12: 24-30.

17. Frykberg RG. The team approach in diabetic foot management. *Adv Wound Care* 1998; 11: 71-77.

18. Delgado García Y, Aragón Sánchez FJ, Lázaro Martínez JL, Ortiz Remacha PP, Hernández Herrero MJ. Nuestra experiencia en el manejo del pie diabético. Comunicación al I Congreso Nacional Multidisciplinario de Pie Diabético, Madrid 2003.

19. Goldenberg SG, Alex M, Joshi RA, Blumenthal HT. Nonatheromatous peripheral vascular disease of the lower extremity in diabetes mellitus. *Diabetes* 1959;8:261-73.

20. Strandness DE Jr, Priest RE, Gibbons GE. Combined clinical and pathologic study of diabetic and non-diabetic peripheral arterial disease. *Diabetes* 1964;13:366-72.

21. Conrad MC. Large and small artery occlusion in diabetics and nondiabetics with severe vascular disease. *Circulation* 1967;36:83-91.

22. Bamer HB, Kaiser GC, Willman VL. Blood flow in the diabetic leg. *Circulation* 1971;43:391-4.

23. Aragón Sánchez FJ, Lázaro Martínez JL, Ortiz Remacha PP et al. La infección en el pie del diabético, en Lázaro Martínez ed, *El pie diabético*, Barcelona, Ediciones Especializadas Europeas, 2003, 20-31.

24. Aragón Sánchez FJ, Ortiz Remacha PP, Hernández Herrero MJ. Elementos patogénicos de las lesiones. En Aragón Sánchez FJ, Ortiz Remacha PP. *El Pie Diabético*. Barcelona: Masson, 2001; 43.

25. Aragón Sánchez FJ, Ortiz Remacha PP. Controversias en el pie diabético: preguntas y respuestas. En Ramirez Barba EJ, de la Garza Villaseñor L, León López G, McGraw-Hill Interamericana (eds), Fermín R. Martínez de Jesús. *Pie diabético. Atención Integral 2ª edición*. México: McGraw-Hill Interamericana 2003; 425-430.

26. Grayson ML, Gibbons GW, Balogh K, Levin E, Karchmer AW. Probing to bone in infected pedal ulcers. A clinical sign of underlying osteomyelitis in diabetic patients. *JAMA* 1995; 273:721-723.

27. Apelqvist J, Larsson J, Agardh CD. Long-term prognosis for diabetic patients with foot ulcers. *J Intern Med* 1993; 233: 485-491.

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFECÇÕES!

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

Manifestações nos Pés das Doenças Sistêmicas.

Podiatra Jeffrey M. Robbins. Estados Unidos de Norte América.

Esta matéria se concentrará nas manifestações de várias doenças nas extremidades inferiores, destacando os problemas que se originam nos pés. Os médicos que se ocupam do cuidado das extremidades inferiores com frequência observaram estas manifestações em pacientes afetados por doenças sistêmicas.

O podiatra só mantém uma relação prolongada com seu paciente. Isto representa uma vantagem para o médico, já que lhe permite uma ceda detecção dos estados patológicos e um marco para o monitorio de uma doença crônica. Mais importante ainda que em esta relação prolongada e o cuidado preventivo proativo brindado pela atenção primária.

Por tanto, o médico deve considerar a avaliação da doença sistêmica simplesmente como parte do diagnóstico podiátrico. Não pode ser separada no cuidado do paciente. Os princípios são os mesmos: uma boa anamnese continua sendo essencial e deve ser seguida por um exame físico completo e organizado.

E preciso prestar atenção especial ao paciente como um todo, descartando muitas opiniões preconcebidas sobre incapacidades relacionadas com a idade. Resulta sumamente importante que em todos os pacientes se consideram alguns riscos para a saúde que são simples mas que com frequência se esquecem. E provável que destes riscos e mais lesivo para a saúde seja o uso do tabaco.

Fumar cigarros, já seja pelo paciente ou em torno dele, muitas vezes é ignorado pelo podiatra. Este veneno ambiental significativo produzirá efeitos desfavoráveis em todos os pacientes.

Outro risco importante para a saúde é o uso de drogas. Isto pode implicar o abuso de drogas francamente ilícitas com a maquiagem (maquiagem) ou a heroína ou o abuso de drogas "legais" prescritas por um ou mais médicos, incluindo a podiatra. Com frequência se evita ou simplesmente se esquece de interrogar o paciente idoso sobre o abuso de drogas.

A droga isolada mais importante da que se abusa, o álcool, e uma droga legal que não requer prescrição. O abuso do álcool pode ser

um problema de toda a vida oculto desde o começo da idade adulta ou um abuso de iniciação recente que começou na idade da jubilação.

Patologia das unhas

Na medicina podiátrica se dedica muito tempo ao cuidado das unhas. No seu estado normal a unha e uma placa delgada e transparente que parece ajustar-se de maneira precisa dentro dos pliegues ungueais em cada lado. Esta constituída por capas de queratinocitos compactos mortos e anucleados.

No extremo próxima da unha existe uma zona pálida de forma de meia lua. Esta região em realidade se projeta desde debaixo do pliegue proximal da unha; conhece-se como queratinocitos jovens.

A ponta distal do dedo imediatamente por debaixo da placa ungueal se conhece como hiponiquio. É uma massa engrossada da pele que também cerca do extremo distal da placa ungueal. Esta área tem ao redor de 1 mm de comprimento e esta situada transversalmente sobre a unha. Em um ponto de referencia importante para o diagnóstico de doenças sistêmicas.

Em ausência de doença a unha se encontra muito aderida ao leito ungueal e esta completamente ancorada por fibras verticais que se projetam desde o osso e fibras procedentes do tendão do extensor comum dos dedos do pé.

Também é importante observar a velocidade de crescimento da unha, sua forma e sua grossura.

Observações tais como sulcos da unha, depressões e perda da unha também podem ser significativas. A unha se comporta como um registro histórico de alterações passadas na dieta, o metabolismo e a exposição ao meio.

Isto faz da unha um elemento importante no estudo de doenças sistêmicas.

Transtornos autoimunes

Muitas doenças e síndromes incluem na categoria de transtornos autoimunes.

Alguns deles tem uma alta probabilidade de ser causados por auto imunidade, enquanto que outros estão fortemente associados com auto

imunidades mas não tem uma relação facilmente demonstrável com ela.

As doenças autoimunes são consequência de uma identificação errônea de tecido endógeno como estranho por parte do sistema imune. O resultado deles e a produção de anticorpos contra este tecido. Em ocasiões isto se produz devido a que o tecido ou o líquido habitualmente não são apresentados ao sistema imunológico para sua identificação.

Estes elementos muitas vezes são intracelulares ou estão em alguma outra forma normalmente ocultos do sistema em virtude de sua localização no corpo

Esclerose sistêmica progressiva (esclerodermia)

A esclerose sistêmica progressiva é um transtorno do tecido conectivo de etiologia desconhecida no tecido de maneira que o corpo deposite colágeno nos tecidos de maneira anormal. Existem importantes alterações inflamatórias, fibróticas e degenerativas associadas com esta doença.

As zonas comprometidas com frequência são o esôfago, o intestino, o coração, os pulmões e os rins. Também existem lesões vasculares da pele, daí a denominação habitual de esclerodermia.

Tem-se encontrado que um número significativo de pessoas afetadas tem anticorpos antinucleares. Aqueles que não os apresentam pelo geral tem anticorpos anticentromero.

Esta doença habitualmente segue uma evolução lenta, com sintomas que aparecem de forma gradual. As mulheres habitualmente estão afetadas com uma frequência de duas a três vezes maior que o homem. Trata-se de uma doença rara durante a infância e se considera uma doença de terceira a quinta década da vida.

Porém, existem formas de evolução mais rápidas. Alguns delas podem provocar uma doença renal hipertensiva fulminante, insuficiência cardíaca, enfermidade pulmonar ou má absorção intestinal severa.

A presença de uma diminuição da mobilidade gástrica associada com sintomas de Raynaud aumenta consideravelmente a suspeita de uma esclerose sistêmica progressiva.

Por conseguinte, as manifestações pedicadas de esta entidade podem contribuir ao diagnóstico final. A confirmação da doença deve fazer por biópsia da pele afetada, a aponeuroses profunda e o músculo adjacente. A mostra, quando é positiva, apresentará histiocitos, plasmócitos, linfócitos e eosinófilos em alguns casos.

As manifestações pedicadas da esclerose sistêmica

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 do 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

ca progressiva são principalmente as que correspondem ao fenômeno de Raynaud. Os pacientes podem apresentar-se hipersensibilidade ao frio nos pacientes com uma doença de larga data as unhas apresentam sulcos longitudinais e se voltam muito delgadas.

O adelgaçamento das unhas podem conduzir a que se abram e alisem, assim como a sua transparência. Em estes casos e possível observar que o leito ungueal das unhas uma tonalidade vermelha. Os dedos também podem apresentar ulcerações no extremo distal que são pequenos mas sumamente dolorosa. A pele estará brilhante e suave.

Outras manifestações das unhas podem incluir formação de pteriogión, com sobrecrecimento da cutícula e fusão com o pliegue ungueal dorsal, assim como linhas de Beau (sulcos transversais das unhas).

As provas diagnosticas não evasivas como os estudos Doppler bidirecionais e a fotopletismografia podem resultar muito úteis. A fotopletismografia por exposição ao frio e altamente confiável e se pode levar a cabo facilmente em consultório.

Síndrome de Raynaud

A síndrome de Raynaud pode ser uma entidade patológica primaria ou um fenômeno secundário a outra entidade nosologica, como as doenças do tecido conetivo. Por tanto, o tratamento e o prognóstico se relacionam com a distinção entre a doença de Raynaud e fenômeno de Raynaud secundário a uma esclerose sistêmica progressiva.

A doença de Raynaud pelo geral e bilateral e não mostra progressão dos sintomas durante 2 ou mais anos. Para uma ulterior aclaración desta distinção o medico deve ter presente que na doença de Raynaud idiopatica pelo geral não existem zonas gangrenosas.

O tratamento da doença em suas formas leves pode ser algo simples como evitar as temperaturas frias e abandonar por completo toda a droga que contenha nicotina em qualquer de suas formas. Tentaram-se muitos outros tratamentos com um grau variável de êxito. Tem-se empregado atividades do tipo relaxação com a biorretroalimentação.

Também se tem provado diferentes fármacos, mas o êxito parece depender mais do paciente. Tem-se comunicado que fármacos tais como os bloqueantes dos canais de cálcio (nifedipina) e a pentoxifilina são benéficos.

A simpatectomia constitui um ultimo recurso e

parece ser benéfica durante vários anos.

A acrocianosis com freqüência se confunde com os sintomas da síndrome de Raynaud. Esta doença benigna deve considerar-se no diagnostico diferencial da síndrome de Raynaud devido a sua associação com a exposição ao frio.

A acrocianosis também produz vasoespasm nas extremidades. As arteriolas superficiais estão afetadas e resultam em um aspecto cianótico persistente. Não existe ulceração, dor nem alterações isquêmicas tróficas e pelo geral não tem necessidade de um tratamento.

Estes sintomas habitualmente tem um caráter simétrico e se encontra nas mãos e nos pés. Também pode apresentar-se hiperhidrosis. Como muitos dos processos correspondentes a categoria de transtornos autoimunes, a doença se manifesta com maior freqüência nas mulheres.

Polimiositis e dermatomiositis

A polimiositis e a dermatomiositis são dos transtornos do músculo estriado estreitamente associados. Sua etiologia não esta clara e esses transtornos apareceram com maior freqüência como assimétricos em sua apresentação de debilidade e atrofia muscular.

As zonas habitualmente afetadas são as da cintura escapular e a pubiana, o péscoco e a faringe. Este transtorno se observa com maior freqüência nas mulheres em uma relação de 2:1. Quando os sintomas aparecem na pele se utiliza o termino dermatomiositis.

Este processo pode observar-se em qualquer momento da vida desde a lactancia ate a velhice. Com freqüência se descreve como uma doença mixta do tecido conetivo.

Devido a sintomatologia gastrintestinal e esofágica acompanhante, assim como os componentes dérmicos, e possível afirmar que realmente se trata de uma esclerose sistêmica progressiva. As manifestações cutâneas também se parecem a lupus eritematoso sistêmico.

As manifestações no pé podem incluir debilidade muscular das extremidades inferiores em 95% dos pacientes. Observa-se fraqueza muscular distal em 27% dos casos documentados.

Podem ter uma erupção sobre o dorso dos pés e os maléolos mediais, similar em aspecto a erupção observada no tronco, os cotovelos e os braços. Apresentara-se ligeiramente sobreelevada, escamosa e eritematosa, tal como em lupus eritematoso sistêmico.

Em ao redor de 24% das pessoas observam-se problemas de artrites e um 30% terá um fenômeno Raynaud associado.

O sintoma de consulta de apresentação mais freqüente e a dificuldade para subir escadas, levantar-se de uma cadeira ou efetuar trocas na marcha.

A evolução do ciclo da marcha revelara torpeza e instabilidade progressiva na forma de caminhar. Na fase aguda e possível observar sintomas sistêmicos e uma rápida perda de peso.

Lupus eritematoso sistêmico

O lupus eritematoso sistêmico é uma doença inflamatória crônica de origem desconhecida.

Com a freqüência os pacientes acodem a seu medico de cabeceira depois de uma exposição ao sol queixando-se de uma erupção ou queimadura. Muitos destes pacientes terão experimentado problemas com os banhos de sol no passado.

Esta doença se vê mais comumente em mulheres que em homens, com uma relação de 10:1. Os adultos jovens maiores de 30 anos de idade são os que tem maiores probabilidade de serem afetados.

Como já tem descrito, a erupção é vermelha, papular e escamosa. O termino exantema em asas de borboleta se usa quando a erupção se produz sobre a superfície malar. Outras manifestações desta doença incluem pleuresia, pericarditis, signos renais ou neurológicos, anemia, poliartralgia, atrites e febre.

A doença se pode apresentar como um processo leve ou ser extremamente rápido em sua ação destrutora. A remissão e a exacerbação pode converter-se na regra para o paciente. Esta evolução imprevisível se pode manifestar como uma lesão vascular do rim, a que tem um prognóstico muito desfavorável.

Com maior freqüência observarão-se artrites que se pareçam muito a artrites reumatoidea.

As artralguas acompanhantes e a tumefação das articulações formam parte do quadro de apresentação em 90% dos casos. As manifestações nas extremidades inferiores incluem necroses avascular da cabeça do fêmur, neuropatia periférica e sintomas de Raynaud.

Poliarteritis nodosa

A poliarteritis nodosa, também conhecido como vasculitis necrotizante, é um transtorno inflamatório sedimentário dos vasos sanguíneos, em particular das artérias de mediano e pequeno calibre. Esta doença se apresenta em homens de meia idade e possui ambas as apresentações, aguda e insidiosa.

Porem, não parece ter um quadro típico. Pelo geral o paciente apresenta febre de origem des-

conhecida. As apresentações deste tipo constituem um desafio extremo para o diagnostico.

O paciente pode apresentar-se com intensa dor abdominal aguda ou com freqüência com infarto hepático, broncopneumonia, insuficiência cardíaca, insuficiência renal ou hipertensão.

Outras doenças associadas são as doenças de Kawasaki em lactante e crianças a síndrome de Churg-Strrauss e a síndrome de Cogan.

As manifestações nas extremidades inferiores se associam com neuropatia, unilateral ou periférica e artralguas, edemas e nódulos subcutâneos podem ser sentidos ao tacto ao longo do trajeto da artéria afetada. Em presença deste quadro clinico tão confuso que varia entre uma doença aguda da vesícula biliar e uma doença coronária, só a arteriografia seletiva e a biopsia podem estabelecer o diagnostico.

O músculo gastrocnêmico (tríceps sural) não tem que ser usado para a biopsia ao menos que seja o único músculo afetado, devido ao alto risco de gerar uma trombose venosa profunda. Requerem-se provas diagnosticas diferentes da biopsia para excluir outras patologias,

TRANSTORNOS HEREDITARIOS

Síndrome de Marfan

A síndrome de Marfan é um transtorno hereditário autossômico dominante que afeta o tecido conectivo. O ciclo mais chamativo é a aracnodactilia e a gravidade da doença varia de uma pessoa a outra. Os pacientes serão mais altos que os outros indivíduos de sua família e também com respeito a sua idade.

Esta doença pode ser debilitante. As manifestações oculares conduzem a subluxações do cristalino e em ocasiões o desprendimento da retina. Pode existir uma doença cardíaca associada que é principalmente o resultado de anormalidades da aorta.

As manifestações do síndrome de Marfan nas extremidades inferiores e os pés são hiperlaxitud das articulações e os ligamentos, genu recurvatum, cifoescoliosis e pé plano. Pode-se observar muitas outras anormalidades esqueléticas e do desenvolvimento. A extensão da doença determina o tratamento, mas são poucos os tratamentos satisfatórios.

Síndrome de Ehlers-Danlos

A síndrome de Ehlers-Danlos é uma doença sobre a qual se conhece pouco; transmite-se de forma autossômica dominante e apresenta ao menos dez diferentes formas. Considera-se que

existe um efeito nos enlaces cruzados das fibras do colágeno que produz as manifestações habituais.

Como na síndrome de Marfan, pode apresentar hiperlaxitude. A pele muitas vezes é frágil e aparecem hematomas com facilidade. Os traumatismos menores ocasionam ferimentos amplos que tendem a não sangrar muito. As bordas das feridas são muito frágeis e difíceis de suturar.

Nas extremidades inferiores podem aparecer varicosidades e outros problemas vasculares.

Com frequência se desenvolvem derrames articulares (acumulações de líquido articular). Isto conduz a perda da função. Os esguinços de tornozelo e as luxações articulares constituem forma de apresentação mais freqüente no marco de atenção primária.

ARTRITES

Artrites reumatoidea

A artrites reumatoidea do adulto é uma inflamação supurada crônica das articulações sinoviais. As mulheres resultam duas a três vezes mais afetadas que os homens. O começo é insidioso.

Ao principio aparece dor e rigidez, com aumento gradual de dor articular. A rigidez matinal é

uma moléstia importante. Os sintomas solem iniciar-se nas mãos e os pés ao nível das articulações interfalângicas proximais e metatarsofalângicas. Também se tem observado tenosinovitis das vainhas dos tendões dos músculos flexores e extensores com um padrão bil. Existem muitos câmbios tardios na artrites reumatoidea.

Pode-se ver derrames intraarticulares com articulação tumefacta macia, edema periarticular e desviação cubito/peronea. Classicamente se mencionam a deformidade em ojal na articulação interfalângica proximal (hiperextensão a nível da articulação interfalângica distal) e a deformidade no pescoço do cisne (hiperextensão das articulações interfalângicas proximais).

As manifestações das extremidades inferiores incluem hallux valgus, alterações osteoporosicas, estreitamento do espaço articular nas articulações interfalângicas proximais e nas articulações metatarsofalângicas, e erosões subcondrales. Tem-se comunicado a aparição de necroses asséptica, uma descoberta muito grave, de forma espontânea ou associada com o uso de corticoides.

Artrites reumatoidea juvenil

A artrites reumatoidea juvenil se apresenta antes dos 16 anos de idade. O momento de ins-



FITOCOSMÉTICOS PARA SAÚDE E BELEZA



Creme Alta Hidratação
Calêndula e Aloe Vera
Para fissuras do calcanhar, asperezas e ressecamentos da pele.



Gel Relaxante Corporal e Gel Pernas e Pés
Arnica, Hamamelis e Castanha da Índia
Para relaxamento da tensão no pescoço, ombros, costas e cansaço das pernas e pés. Associado à massagem, auxilia na ativação da circulação.



Aloe Vera:
umectante, regenerador de tecidos e anti-inflamatório



Calêndula:
emoliente, restaurador, cicatrizante e anti-séptico



Arnica:
estimulante, anti-inflamatório, para contusão e hematomas.



Hamamelis:
ativa a circulação, adstringente e cicatrizante.



Castanha da Índia:
aumenta a resistência e tônus das veias, vasoconstritor e anti-edematosa.

Tel. (+55-11) 6605-0567 - Telfax. 6605-2777 - www.phytosessence.com.br
CADASTRE-SE COMO PROFISSIONAL, REVENDEDOR OU REPRESENTANTE ATRAVÉS DO NOSSO SITE

talação da doença não se associa com uma distribuição uniforme entre todas as idades menores de 16, já que apresentam máximos bimodais as idades de 2 a 5 e de 9 a 12 anos. Encontra-se com maior frequência nas crianças.

A artrite reumatoide juvenil se caracteriza pela febre em picos em 20% dos pacientes.

As crianças muitas vezes esta gravemente doente e também pode padecer hepatoesplenomegalia, linfadenopatia e poliartrites. A maturação sexual destas crianças pode estar atrasada, se bem e possível que se produza o fecho cedo das placas epifisárias.

O 50% dos pacientes apresentam anormalidades do crescimento que se observa facilmente no exame físico. Resulta surpreendentemente que quase o 70% destes pacientes recupere uma função articular quase normal até a idade adulta.

Espondilite anquilosante

A espondilite anquilosante é uma forma progressiva crônica de artrites que afeta as articulações paravertebrais. Pode ter ossificação dos discos vertebrais. Também conhecida como doença de Marie-Strumpell, afeta aos homens com uma frequência três vezes maior que as mulheres.

A instalação da doença é insidiosa e começa com dor lombar. Em 10% dos casos se observa uma dor do tipo ciático e rigidez matinal. O movimento das costas se volta cada vez mais limitado.

Na radiografia se observa uma coluna em "canha de bambu", com seu aspecto característico de engrossamento de segmentos em coluna vertebral. O paciente pode apresentar-se a podiatra com anormalidades de marcha devido à restrição na zona lombar. A dor diminui quando o paciente adota uma posição inclinada de frente, o que aumenta as anormalidades na caminhada.

Artrites psoríase

A artrite psoríase, como seu nome indica, se associa com psoríase. Se bem só 7% de todos os pacientes psoríase se encontram afetados, e obvia a importância de reconhecer as manifestações deste processo.

As variações desta doença oscilam desde artrites assimétricas debilitantes leves nas articulações interfalângicas distais até compromisso de articulações grandes como sacrílica. A resorção da falange terminal e aspecto de um "dedo em salicha" são os elementos distintivos clássicos. O

80% destes pacientes terão unhas com depressões ou alterações psoríase nas unhas. Este pode ser uma forma de artrite altamente invalidante. Muitas vezes as manifestações cutâneas e articulares podem aparecer de forma simultânea e remitir mesmo tempo.

O tratamento é similar ao tratamento de artrite reumatoide; sem embargo, se tem agregado ao regime os agentes antipalúdicos, se bem com um êxito limitado. Outras medicações e modalidades que se empregam no tratamento são a fotoquimioterapia, com psoraleno e luz ultravioleta (PUVA) e o agente quimioterápico etretinato. Esta droga altamente tóxica só se emprega quando não existe risco de embaraço. Também se pode usar ouro e outros tratamentos anti-reumatóides.

Síndrome de Reiter

A síndrome de Reiter é uma artrite reativa. Existem duas formas reconhecidas: a de transmissão sexual e a disintérica. Trata-se de uma doença de homens jovens, habitualmente de aqueles que pertencem ao grupo etário de 20 a 40 anos. As mulheres e as crianças em geral não apresentam com a síndrome de Reiter.

Esta síndrome habitualmente se associa com uma infecção por *Chlamydia trachomatis*, mas as formas entéricas podem ser causadas por *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia* ou *Campylobacter*. Em mais da metade (63 a 95%) dos afetados se detecta o antígeno tisular HLA-B27.

A apresentação característica consiste em uretrite, artrite, conjuntivite, balanite circunscrita e possíveis ulcerações bucais. A artrite pode ser grave e assimétrica e comprometer múltiplas articulações, tanto grandes como pequenas.

Os achados nos pés incluem entesopatia com tendinites de Aquiles ou fascite plantar e queratodermia blenorragica que se observa nas plantas dos pés e as palmas das mãos. Estas lesões hiperqueratósicas também podem afetar as unhas.

O diagnóstico se realiza logo de um período de 1 a 2 meses de artrite e uretrite. Os cultivos de gonococos serão negativos na síndrome de Reiter.

Este é um transtorno autolimitado que dura entre 6 semanas e 6 meses. Porém, a recorrência é comum.

O tratamento consiste em agentes anti-inflamatórios, injeções de corticosteróides no sítio de entesopatia se e necessário e a administração

oral da tetraciclina ou eritromicina, 500 mg 4 vezes por dia durante 10 dias quando é provocado por clamídias. Tanto os pacientes como os parceiros sexuais devem ser tratados.

Artroses (artropatia degenerativa)

As artroses (artropatia degenerativa; osteoartrites) são um transtorno no inflamatório comum das articulações. As investigações realizadas no Reino Unido sugerem que em realidade existe uma predisposição a esta doença se manifesta nas articulações móveis que suportam peso com um deterioro da cartilagem articular.

A neoformação do osso se observa nas áreas subcondrais e nas margens das superfícies articulares.

A maioria das pessoas sempre associa esta doença com o processo normal de envelhecimento.

Ainda que é mais prevalente nas pessoas de idade avançada, o fenômeno desgastante ou deterioro natural também se observa na obesidade patológica, como consequência de anormalidades adquiridas ou do desenvolvimento e em atletas de competências.

A dor articular depois do período de repouso e com as baixas temperaturas, a crepitação e os espasmos são sintomas comuns nas artroses. A limitação do movimento e a má alinhamento são signos frequentes observados pelo clínico. No pé é possível encontrar uma tumefação fusiforme dos dedos, hallux vulgus e atrofia dos músculos circundantes.

Artrites séptica

A artrite séptica é uma invasão da membrana sinovial por microorganismos vivos. Os fatores que determinam que isto aconteça incluem bacteriemia, predisposição de certos microorganismos ao invadir a articulação e uma susceptibilidade anormal de hospede causada por exemplo por traumatismo, cirurgia e injeção.

Qualquer articulação pode resultar afetada por microorganismos. Todo o que se requer é que penetrem nela. Em este caso a articulação se volta vermelha, quente e tumefacta.

Pode drenar ou não, mas é quase seguro que se desenvolva signos e sintomas sistêmicos a menos que as respostas fiquem cobertas pelos fármacos. A linfangite é uma forte indicação de que o tratamento deve iniciar-se logo.

Gota

A gota é uma das afecções comunicadas com maior frequência. Considerada em uma época

como a doença dos ricos devido a sua associação com o consumo de carne, hoje em dia esta entidade patológica se produz em todos os estratos socioeconômicos.

O ataque agudo é extremo doloroso e consequência do depósito de cristais de urato monossódico no líquido sinovial e pelo geral é monoarticular. Com o tempo estes cristais podem formar um tofo nas articulações, nos rins e localizações subcutâneas.

A causa é uma hiperuricemia já seja por superprodução ou por uma diminuição da depuração de ácido úrico. Se bem é provável que o ataque agudo se associe com concentrações séricas de ácido úrico superior aos 7 mg/dl nos homens (1 mg a menos nas mulheres antes da menopausa), o nível de ácido úrico pode estar dentro dos limites normais no momento da apresentação no consultório.

A gota primária é um transtorno congênito hereditário do metabolismo. Entre uns 85 e um 90% destes pacientes são homens. O começo se pode produzir a qualquer idade, mas geralmente ocorre arredor da quinta década da vida.

O ataque inicial pode ter lugar depois de um incidente traumático, como cirurgia, ingestão de álcool ou depressão emocional. Os ataques de gota também podem ser precipitados por fármacos, dos quais os mais comuns são os diuréticos tiazídicos, a insulina e a penicilina.

O começo dos sintomas nas extremidades inferiores é rápido. Tem uma predileção pela primeira articulação metatarsal-falangica, onde a gota se denomina podagra. As articulações do tarso, os tornozelos e os joelhos também podem ver-se afetados.

O pico da dor se produz em um lapso de horas depois do começo dos primeiros sintomas. A tumefação periarticular, o eritema e a dor intensa são as características diferentes de um ataque gotoso agudo. Também pode ter febrícula e leucocitose. O diagnóstico é definitivo quando existe cristais de urato no líquido articular aspirado.

Quando o diagnóstico é duvidoso, a colchicina e o fármaco de eleição é a menos que o paciente não a tolere. Na gota estabelecida se prefere os fármacos antiinflamatórios não esteroides. Estes incluem indometacina, tolmentina, ibuprofeno ou qualquer outro agente antiinflamatório não esteroide.

Os corticosteroides raras vezes se empregam, mas constituem uma alternativa razoável quando as outras terapias não resultam satisfatórias. Depois do ataque agudo se deve avaliar a deriva-

ção para iniciar o tratamento preventivo das recorrências.

Condrocalcinosis

A condrocalcinosis consiste na presença de sais de cálcio na fibrocartilagem e na cartilagem hialino em uma ou mais articulações. Estes sales incluem pirofosfato de cálcio, hidroxapatita de cálcio e ortofosfato de cálcio.

A pseudogota consiste na aparição de sinovitis inflamatória aguda ou crônica associada com a presença de cristais de pirofosfato de cálcio dihidratado no liquido sinovial. Também existe uma calcificação cartilaginosa. Esta gota induzida por cristais se associa com o envelhecimento.

Observa-se em outras afecções medicas, que

incluem a gota primaria e transtornos como hiperparairoidismo, alcaptonuria, hemocromatosis, doença de Wilson, acromegalia e diabetes mellitus. O começo é súbito e os sintomas por geral tem uma duração de 2 semanas. Esta doença afeta os joelhos, as grandes articulações periféricas, as mãos e os pés. O diagnostico é concluinte com a presença de cristais de pirofosfato de cálcio dihidratado em liquido sinovial.

O tratamento é com colcicina, 1 mg por via intravenosa, seguido por uma dose repetida as 12 horas se os sintomas e a dor persistem. Qualquer derrame sinovial deve ser drenado. Pelo geral o prognostico é bom. □

Texto extraído do livro "Podologia. Atención Primaria" do mesmo autor desta nota.

Bibliografía:

Arterial Doppler. IMEX 9000 systems manual, 1990. Bedman M: Dermatology Lecture Notes. OCPM, 1992. Colran RS, Kumar V, Robbins SL (eds): Robbins Pathologic Basis of Disease, ed 4. Philadelphia, WB Saunders.1989.

Fitzpatrick TB: Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. NY, McGrawHill Information Service Co,1991.

Guyton AC: Textbook of Medical Physiology, ed 8. Philadelphia, WB Saunders, 1991.

Kompus D: Pedal Manifestations of HIV. Unpublished manuscript. OCPM, 1992.

Levy L, Hetherington VJ: Principles and Practice of Podiatric Medicine. New York, Churchill Livingstone, 1990. Merck Manual. Merck, Sharpe & Dohme Research Laboratory, Rahway, NJ, 1987.

Rakel RE: Textbook of Family Practice, ed 4. Philadelphia, WB Saunders, 1990.




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

Fitoterapia Aplicada à Doenças Sistêmicas que Afetam ao Pé.

Fernández Digón, Alejandro DP, Alonso Peña, David DM, Alonso Peña, Javier DM, Sánchez Rodríguez, Raquel DP, Martínez Nova, Alfonso DP *. *Espanha.*

Introdução:

As doenças sistêmicas, os pés e a fitoterapia.

Em este trabalho se repassam às doenças sistêmicas que podem reconhecer-se pelos sinais e sintomas que se observam nos pés, as que afetam os pés de maneira especial.

A diabetes é uma doença sistêmica, que nos pés podem ter conseqüências especialmente graves, por isto é necessário tratar a patologia principal já que ao melhorar esta melhora também os pés, não se deve esquecer que o pé vem unido a pessoa.

Traz quase dois séculos de queda inexorável no uso das medicinas herbáceas, algo bastante inesperado tem começado a suceder, as plantas, que sempre tem sido os principais medicamentos nos países em vias de desenvolvimento, voltam uma vez mais a ser populares no mundo desenvolvido, a medida que a gente se esforça para estar sadia frente ao estresse crônico e a contaminação e para tratar a doença com medicinas que atuam de forma harmônica com as defesas do seu próprio corpo.

A variedade e quantidade de plantas com propriedades terapêuticas é bastante ampla, pois se estima que em um ou outro momento tem sido utilizadas umas 70.000 espécies vegetais, desde líquens até árvores com fins medicinais.

A medicina convencional emprega umas 500 espécies, ainda que é raro que se utilize a planta completa. Em geral, as ervas proporcionam a matéria prima para isolar ou sintetizar drogas convencionais. Por exemplo, a digoxina, utilizada para a insuficiência cardíaca, foi isolada da Dedaleira (digitais purpúrea) e a pílula anticonceptiva se obteve por sínteses dos componentes isolados no Yam silvestre (*Discorea villosa*).

Ao concentrar-se no aspecto científico da herboristeria, resulta fácil esquecer que muito do que sabemos hoje em dia sobre uma determinada planta procede do seu uso tradicional.

É mais, incluso quando uma planta tem sido

bem estudada, as medicinas são tão complexas e variáveis que o que se sabe em este momento rara vez é definitivo, e mais bem uma indicação de como atuam.

Em ocasiões, o uso tradicional, na medida em que se baseia na experiência de profissionais, proporciona uma aclaração do modo de utilizar melhor uma erva que o conhecimento científico por si só não tem podido dar.

Transtornos auto imunes

Estas doenças se produzem quando o sistema imune identifica tecidos estranhos dentro do corpo. Na maioria dos casos se desconhece qual é a causa deste processo.

Esclerodermia (esclerose sistêmica progressiva).

Esta é uma doença de etiologia desconhecida que provoca a esclerose (endurecimento) dos tecidos conectivos dentro do corpo. Deposita-se dentro deste tecido uma quantidade excessiva de colágeno.

Por cada homem que sofre esta doença tem duas ou três mulheres que padecem.

Os câmbios observáveis na pele dos pés podem, com freqüência, permitir-nos diagnosticar com certeza esta doença. A pele dos pés apresenta-se mais suave, brilhante e compacta.

As unhas dos pacientes que levam tempo padecendo esta doença apresentam estrias longitudinais que se estendem desde a base das unhas até a borda. Também se debilitam, até o ponto que podem quebrar-se por ditas estrias. Este debilitamento faz que as unhas apresentem uma cor avermelhada.

Outros câmbios que podemos observar nas unhas incluem pterigion, é dizer, uma formação na que a pele normal cresce em excesso e produzem moléstias nas unhas. Também podemos observar ao longo das unhas dos pés as linhas de Beau (acanaladuras transversais). Devido aos câmbios que se produzem nos pequenos vasos

sangüíneos da pele se podem formar pequenas úlceras dolorosas nos dedos, que ao curar-se deixam pequenas depressões na pele.

O tratamento com plantas (neste caso com óleos de plantas) ira encaminhado a:

- Diminuição da agregação plaquetária.
- Diminuição da uma reposta autoimune.
- Normalização dos níveis reduzidos de ácidos grassos essenciais.

Recomendam-se os óleos de Cártamo e de soja, também se aconselha o óleo de girassol por seu conteúdo em vitamina E (antioxidante), ou um suplemento de vit E (600 U.I. diárias), mas podem obter-se melhores resultados com o uso de óleo de linaza, já que contem os ácidos linoléico e alfa-linoléico (um óleo Omega-3)

O acido linoléico possui um efeito mais importante sobre as plaquetas e é necessário para a composição normal do SNC. Mais, uma vez que a esclerose tem progredido até uma incapacidade grave, estas medidas não influem muito.

Artropatias

A artrites se define como a doença que causa a inchação de uma articulação com o resultado da dor. Diferentes tipos de artrites afetam a diferentes partes das articulações.

As artropatias se dividem em dois tipos: as inflamatórias e as não inflamatórias.

Artropatias de tipo inflamatório.

A artrites reumatóide: Trata-se de uma artropatia do tipo sistêmico crônico que afeta fundamentalmente as pequenas articulações das mãos e dos pés. Geralmente, em ambos pés resultam afetadas as articulações metatarsofalangicas.

Desenvolvem-se dedos em martelo e joanetes. A almofadinha de sebo que temos na parte lateral do pé reduz-se e como resultado podem-se formar úlceras produzidas pela pressão.

Para o tratamento da artrites reumatóide podemos utilizar uma planta originaria da África, o Harpagofito ou Unha do Diabo (Harpagophytum procumbens), seus componentes principais são os Glicosídeos iridóides (harpagósideo), açúcares (estaquiosa), fitosteroles, flavonóides e harpagoquinona.

Os principais efeitos que nos interessam são:

- Antiinflamatório.
- Analgésico.

Gota

Esta doença afeta aproximadamente a um 3% da população. Em um ataque de gota e a primeira articulação metatarsofalangica (a articulação do dedo gordo do pé) a que se vê afetada com maior frequência. Quando esta é a articulação prejudicada tradicionalmente se denomina "podagra".

Para tratar a gota podemos utilizar o Aipo (Apium graveolens), mas conhecido como verdura que como medicamento, é uma erva depuradora e diurética, e as sementes se utilizam para afecções artríticas nas que exista acumulações de produtos descartáveis (lixo).

Seus componentes principais são: óleo volátil que contem limoneno, cumarinas, furanocumarinas e flavonóides.

As sementes se utilizam atualmente para tratar as afecções reumáticas e a gota. Ajuda aos rins a eliminar os uratos e outros produtos descartáveis e também funciona reduzindo a acidez do corpo em geral.

As sementes servem para a artrites, ajudam a desintoxicar o corpo e facilitam a circulação sangüínea aos músculos e articulações.

Artropatias não inflamatórias.

A osteoartrites e o tipo de artropatia mais comum. Entre uns 75 e um 80 % da população padece o grau leve desta doença. A falta de movimento da articulação se produz de maneira progressiva ao ir-se perdendo a cartilagem. No pé o mais provável e que esta doença provoque a aparição de joanetes, dedos em martelo e hipertrofia óssea (exostoses).

Para o tratamento da osteoartrites podemos utilizar a casca de Salgueiro Branco (Salix alba), justamente reconhecido como fonte original do acido salicílico (precursor da aspirina), seus componentes principais são:

Glicósidos fenólicos, acido salicílico, flavonóides e taninos.

É um remédio excelente para dores artríticas, alivia a inflamação e inchação, e favorece a mobilidade das articulações.

Os efeitos principais que nos interessam são:

- Antiinflamatório.
- Analgésico.
- Anti-reumático.

Doenças cardiovasculares

Estas são doenças que afetam o coração e que tem efeitos secundários sobre os órgãos circundantes e incluso sobre áreas afastadas do coração.

Insuficiencia cardíaca congestiva.

Esta enfermedad esta producida por una falla no corazón a hora de bombear o sangre necesario.

Isto acaba provocando una presión posterior sobre o sistema vascular, o que produz, a sua vez una inchação excessiva (edema) nos pés e nas pernas. Esta inflamación não vem ao chegar à noite ou ao elevar as pernas. Podem-se formar úlceras abertas na parte baixa da perna e no pé pela pressão e a falta de oxigenação da pele.

Para tratar a insuficiencia cardíaca utilizaremos o Biancospino (*Crataegus oxycantha*), em um ensaio efetuado na Alemanha em 1994 se demonstrou que melhorava o ritmo cardíaco e baixava a tensão sanguínea.

Na idade media era conhecido como um símbolo da esperanza e se tomava para muitas dolências. Atualmente se toma sobre todo para desordens da circulação e do coração, insuficiencia cardíaca e ritmo cardíaco irregular, funciona bem, mas necessita alguns meses para que se note o resultado.

Seus componentes principais são: bioflavonóides, triterpenos, glicósidos cianogênicos, aminos, polifenoles, cumarinas e taninos.

Seus efectos principais que nos interessam são:

- Cardiotônico.
- Dilata os vasos sanguíneos.
- Antioxidante (prevê o deterioro dos vasos sanguíneos).

Anemia

A anemia e a redução de hemoglobina nos glóbulos vermelhos. Como resultado decresce a capacidade do sangue de transportar oxigênio.

Os sintomas da anemia que se podem observar em pés e mãos podem incluir paralise, formigueliro ou dor do nervo (neuralgia). Geralmente o primeiro sintoma das pessoas que padecem anemia perniciosa é a paralise ou entumecimento. Nos pés, os indivíduos que padecem anemias tem edemas

Para tratar a anemia, amais de uma dieta rica em ferro (no caso da Anemia ferropênica), especialmente em ferro ferroso (o que se encontra no fígado e a carne vermelha), e uma dieta rica em vitaminas B6, B9 (ácido fólico) e especialmente B12 (cianocobalamina). No caso da Anemia perniciosa, podemos ajudar-nos de algumas plantas para combatê-la como por exemplo a Urtiga maior (*Urtica dioica*), as folhas da urtiga aliviam a anemia e aumenta a produção de leite mater-

Cardeip con la mas moderna metodología de enseñanza y los últimos avances terapéuticos desarrollados en nuestro centro de investigación, ofrece:

Cursos de perfeccionamiento

... Al mas alto nivel profesional !

Curso de terapeutica podologica general

Teórico - practico. Diagnostico y prevención. Onicocriptosis. Tratamientos en gral. Manejo del instrumental. Novedad terapeutica en onicomicosis.

Curso de podologia diabetológica

Desarrollado en el Cardeip. Los podólogos podemos especializarnos en la atención del pie del paciente diabético, en detectar, educar, prevenir y derivar a tiempo.

Curso especial de pododiagnostico presuntivo.

Como abordar a la detección temprana de los 12 estadios patológicos mas importantes a través de las manifestaciones en los pies.

Elaboración de ortesis plantares podologicas

Compensadoras, para alinear los ejes articulares y descomprimir los impactos de marcha.

Venta de productos podologicos

Instrumental especial:

Elevador espicular, pinza extractora de espículas, formón filo curvo, fresa de tungsteno, etc.

Instrumental tradicional:

Alicates, pinzas, gubias, cajas de acero, esmeriles, tornos, esterilizadores a cuarzo y calor seco, pedígrafos, etc.

Para tratamientos conservativos de surco:

Pasta pae.

Para sellados antimicóticos:

Polímero y monómero, polvo tac.

- Ortesis espansoras de hipercurvaturas ungueales (clip).
- Elaboración de plantillas personalizadas.
- Venta de materiales para confeccionarlas.
- Linea completa de cosmetología pédica.
- Queratolíticos. / · Desinfectantes.
- Hojas de bisturí. / · Barbijos.
- Algodón. / · Guantes, etc.



CARDEIP Centro Argentino de Desarrollo e Investigación en Podología

Telfax: (+54-11) 4632-0516 - Email: podologiacardeip@yahoo.com.ar

Av. Juan B. Alberdi 2116 - 1406 - Capital Federal - Argentina

no, diminui ou para as hemorragias, e é boa para a menstruação excessiva.

Os componentes principais são: flavonóides (quercitina), aminas (histamina, colina, acetilcolina, serotonina), glucoquinina, minerais (ácido silfício, cálcio, ferro), fitosteróis e fenóis.

Os efeitos principais que nos interessam são:

- Tônico
- Evita hemorragias
- Alivia a anemia.

Outra planta que podemos utilizar para combater a anemia é a Genciana (Genciana lútea), esta planta é um ingrediente básico dos aperitivos e licores amargos tradicionais como a Angostura, medicinalmente a genciana fortalece o sistema digestivo fraco ou hipoativo e ao melhorar a função digestiva, aumenta a absorção de nutrientes através das paredes dos intestinos, favorece a absorção de uma ampla variedade de nutrientes, entre eles ferro e a vitamina B12, portanto, resulta útil para a anemia com deficiência de ferro.

Arteriosclerose

Arteriosclerose: Formação de placas sebáceas ou de depósitos na parte interna da artéria.

Nas formas avançadas de arteriosclerose a pele do pé se torna brilhante e delgada, assim como seca e com rachaduras. A presença da dor produzida pela falta de oxigênio nos tecidos, é uma indicação de que sofremos uma arteriosclerose avançada.

O edema ou a inflamação da parte baixa perna também pode ser um sintoma de arteriosclerose avançada ou grave.

Uma das plantas que podemos utilizar para tratar a arteriosclerose e o Alho (*Allium sativum*), conhecido pelo seu forte cheiro e sabor, o alho é uma medicina herbácea ideal, reduz o colesterol, alivia os distúrbios da circulação tais como a tensão alta e reduz os níveis de açúcar no sangue (também é útil para a dieta de diabetes), ademais reduz os níveis de lipídios (sebos) no sangue pelo que combate a arteriosclerose.

Os componentes principais são: óleo volátil (aliina), escoridinas, selênio, vitaminas A, B, C e E.

Os efeitos principais que nos interessam são:

- Baixa a tensão.
- Anticoagulante.
- Fluidifica o sangue.
- Reduz os níveis de colesterol.

Outra planta que pode ser de utilidade para tratar a arteriosclerose e o Ginkgo (*Ginkgo Biloba*), o primeiro ginkgo cresceu há uns 190 milhões de anos e acredita-se que é a árvore mais antiga do planeta.

Suas principais virtudes são a melhoria da circulação, é anti-inflamatório, (esta se estudando para combater a esclerose múltipla), e útil para tratar a arteriosclerose porque inibe o fator da ativação das plaquetas, uma substância que libera uma série de células sanguíneas, este fator faz o sangue mais espesso e por tanto mais propensa a produzir coágulos.

O ginkgo é a medicina de ervas mais vendidas em França e Alemanha, onde milhões de pessoas de meia idade em diante a tomam diariamente para melhorar a circulação, a memória e prevenir embolias

Outra planta de utilidade para tratar a tensão sanguínea alta e a arteriosclerose e o Gengibre (*Zingiber officinale*), esta planta estimula a circulação e ajuda para que o sangue chegue a superfície, pelo que também é um bom remédio para a má circulação das mãos e pés.

Diabetes mellitus

A diabetes faz que qualquer processo patológico ou problema, por pequeno que seja se extra-pole. Uma unha encravada pode converter-se em uma infecção massiva. Um pequeno rasgão ou uma bolha provocada pelo mau ajuste de um sapato pode acabar em uma amputação.

Em Estados Unidos 1 de cada 20 americanos tem diabetes. Um dos problemas destes pacientes é a perda da sensibilidade nos pés.

A diabetes divide-se em duas categorias: o primeiro tipo a diabetes insulino-dependente e o segundo tipo a diabetes não insulino-dependente, no primeiro tipo é necessário a administração de insulina, mais no segundo tipo pode-se controlar os níveis de açúcar com dietas, exercício e com medicamentos orais, e é a que vamos tratar aqui.

Tem que ter presente que a diabetes afeta a pele, ao sistema vascular, aos nervos e a sensibilidade à dor, especialmente nos pés.

Na diabetes de tipo dois, não insulina dependente, é fundamental seguir uma dieta baixa em açúcares, os piores açúcares são os de absorção rápida, como a glicose, sacarose, etc. E os mais aconselháveis são os carboidratos complexos de assimilação lenta; como os que contêm os legu-

mes, as verduras, o pão integral, etc.

Para o tratamento da diabetes com plantas medicinais podemos utilizar aquelas que estabelecem ou reduzem os níveis de açúcar no sangue, uma das plantas que podemos utilizar é a Galega (*Galega officinalis*), contem alcalóides (entre eles galegina), saponina, flavonóides e taninos.

Antes se usava como tratamento para a peste, hoje se usa principalmente como anti-diabética já que reduz os níveis de açúcar no sangue. Não substitui os tratamentos convencionais, mas e boa nas primeiras etapas da diabetes tardia e a melhor forma de tomá-la e como chá. A galegina produz uma redução muito forte dos níveis de açúcar no sangue.

Advertência: Usar como parte do tratamento da diabetes só sob controle profissional.

Outra planta que podemos utilizar é o conhecido Feijão (*Phaseolus vulgaris*), esta humilde legume que se cultiva muito em todo o mundo, contem alantoina, açucars, leucina, tirosina, arginina e inositol.

Em pó ou em infusão são também hipoglicêmicas e reduzem os níveis de glicose do sangue nos tratamentos da diabetes.

Para terminar falaremos do Jambolão, Azeitona-da-terra ou Jamelão (*Syzygium cumini*).

Originários de zonas do sul da Ásia e Austrália e um exemplo típico de planta tanto medicinal como alimentícia. O fruto maduro tem o aroma e sabor do albaricóque maduro e se come em conserva.

As sementes reduzem os níveis de açúcar no sangue e são boas para tratar afecções tais como diabetes.

Os componentes principais são: fenóis, taninos, alcalóide (jambosina), triterpenóides e óleo volátil.

Os efeitos principais são:

- Reduz os níveis de açúcar no sangue.
- Diurético.

Os especialistas em ervas receitam o Jamelão (*Syzygium cumini*) e o Arandano (*Vaccinium myrtillus*) para baixar os níveis de açúcar no sangue.

A diabetes, que pode aparecer a partir da idade madura, esta aumentando em todo o mundo, e suas primeiras etapas, mais leves, respondem bem ao tratamento com ervas, sempre que o paciente segue uma dieta escrita. ▣

* AUTORES:

Fernández Digón, Alejandro	DP	*
Alonso Peña, David	DM	**
Alonso Peña, Javier	DM	**
Sánchez Rodríguez, Raquel	DP	***
Martínez Nova, Alfonso	DP	***

* Diplomado en Podología.

** Doctor en Medicina.

*** Diplomado en Podología. Profesor de Podología, Centro Universitario de Plasencia. Universidad de Extremadura.

Dirección de contacto:

Raquel Sánchez Rodríguez

Centro Universitario de Plasencia

Avda Virgen del Puerto 2 - 10600 Plasencia - Cáceres

E-mail: larake47@yahoo.es

Bibliografía.

1. Fitoterapia. Vademécum de prescripción. plantas medicinales. Editorial Masson. Barcelona, 1999.
2. Murria M, Pizzorno J. Enciclopedia de medicina natural. Editorial tutor. Madrid, 1998.
3. Berdonces Serra JL. Gran enciclopedia de las plantas medicinales. Editorial Tikal. Madrid.
4. Mix G. Podología. Cuidados del pie. Editorial Paraninfo. Madrid 2001.
5. Chevallier A. Enciclopedia de plantas medicinales. Editorial Acento. Madrid, 1997.



INSTITUTO BRASILEIRO DE PODOLOGIA

Trav. Santa Martinha 103 - Abolição
Rio de Janeiro - CEP: 20.751-020

CURSO DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL PLENA DE TÉCNICO EM PODOLOGIA

Autorizado pelo C.E.E. e Sec. de Saúde

Pioneiro no Rio de Janeiro

**Cursos Intensivos
(Aproveitamento de Estudos)
Sem sair de seu estado.**

(21) 3276-0570 ou 2596-5442

Email: podologos@bol.com.br

BELLEZA Cosmopolita



Feria Internacional
de la Belleza

23 - 26 Septiembre 2006

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

Apoyo Institucional:
ABIHPEC
sipalesp

Apoyo:
 **VARIG**
LATA 1142

Lugar:
 **anhembi**
Torneio de Futebol
Estádio de São Paulo

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



A Relação Amortecimento - Estabilidade no Calçado Esportivo.

Paulo Jorge Martins da Silva-MSSF *. *Portugal.*

A relação amortecimento/estabilidade no calçado desportivo é um assunto acerca do qual já a algum tempo que andava a pensar escrever um pequeno texto, mas o tempo não parecia chegar para tudo...

O assunto é polémico, se prestarmos atenção à maioria da publicidade feita pelas principais fabricantes de calçado desportivo, quase sem exceções todas falam da capacidade de amortecimento de impactos das suas tecnologias como sendo a principal qualidade dos produtos que fabricam, (Nike Air, Nike Shox, Asics Gel, Reebok Dmx, Adidas A3, apenas para nomear algumas), muito poucos referem sequer a estabilidade como característica e/ou benefício do seu calçado.

A estabilidade é no entanto a característica MAIS importante do calçado desportivo, especialmente no que refere à performance, prevenção de lesões e, mais importante, ao funcionamento correto do membro inferior.

Antes de mais vamos definir ambos os termos:

Amortecimento de impactos

Capacidade de amortecimento de impactos é a habilidade para distribuir a onda de choque, a força é igual mas o pico da força é mais reduzido (menos impacto) e mais curto (por menos tempo).

Estabilidade

Capacidade de contrariar as forças laterais e/ou mediais, tais como pronação (rotação medial) e supinação (rotação lateral), mantendo a estrutura músculo-esquelética do pé na sua posição neutral.

Ambos os conceitos são opostos num par de sapatos, quanto maior capacidade de um o sapato oferecer, menor vais oferecer do outro, para explicar isto, basta pensar num carro com amortecido-

res, quanto mais macios forem os amortecedores, maior dificuldade terá o carro em se "agarrar" nas curvas, no entanto com amortecedores mais firmes será mais estável, no entanto menos confortável.

Será que um par de sapatos com maior capacidade de amortecimento de impactos, amortece realmente melhor os impactos?

A resposta é NÃO

Embora os testes feitos em laboratório com máquinas indiquem o contrário, os testes feitos com máquinas, não devem ser considerados, porque não levam em conta a resposta e o comportamento do corpo humano ao impacto, adaptando-se para melhor distribuir as forças, como por exemplo a flexão do joelho e da anca (1).

Os estudos feitos com Humanos demonstram que os sapatos com as solas com maior capacidade de amortecimento de impactos provocaram um aumento da instabilidade nos corredores em cerca de 300% (2), comparando com sapatos com as solas mais firmes, outro estudo demonstrou que o calçado mais caro e com maior capacidade de amortecimento de impactos é responsável pelo aumento da frequência de lesões em 123% (2), comparando com o calçado mais barato e com menos capacidade de amortecimento.

Os autores deste estudo afirmam mesmo que além de estarem a fazer publicidade enganosa os fabricantes de calçado desportivo não deviam poder vender os seus artigos sem uma etiqueta de aviso do risco real que representam (1) (típico dos Estados Unidos).

Pessoalmente, com o passar dos anos e quanto mais investigava sobre lesões e anatomia funcional do membro inferior, comecei a perceber uma relação padrão entre as lesões e a falta de estabilidade e ou amortecimento.



Amortecimento



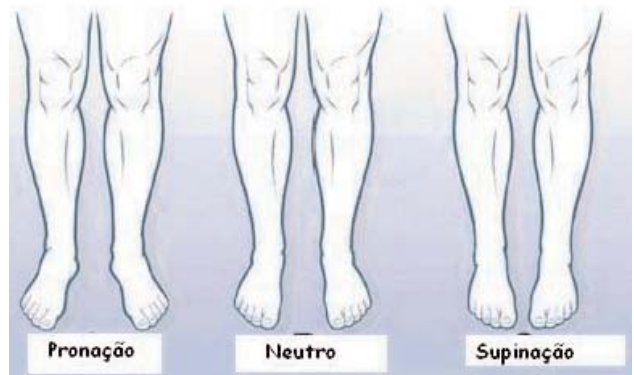
Estabilidade

Sabemos que entre 30% a 70% dos corredores sofrerá pelo menos uma lesão anualmente, que os impedirá de correr pelo menos durante uma semana(3,4), estas lesões poderão mesmo ser responsáveis por pelo menos 5% do absentismo no trabalho(3).

Apesar da dificuldade em provar uma relação direta entre a morfologia dos pés e as lesões, a maioria dos especialistas concorda que o movimento mecânico afastado do normal é indesejável e coloca esforço extra no sistema músculo-esquelético, podendo levar ao aparecimento de lesões(4).

Assim podemos afirmar que se podem prevenir lesões acomodando os tipos de pés no equilíbrio de amortecimento/estabilidade adequados à sua morfologia.

Por exemplo o pé raso é um pé naturalmente muito instável, pelo que devemos procurar acomodá-lo num modelo de sapatos que ofereça muita estabilidade, da classe designada por controlo biomecânico (ou de movimentos, do Inglês Motion Control), este tipo de sapatos, o mais firme de todos, são construídos com formatos mais direitos de forma a acomodar o pé raso, apresentando também por vezes materiais mais firmes na zona

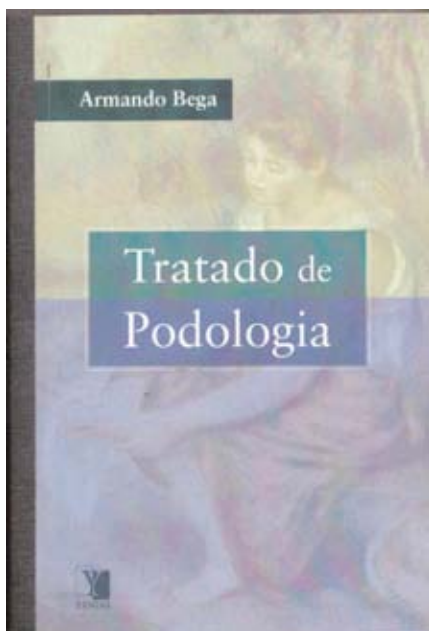


medial para estabilizar ao máximo o excesso de movimentos do pé raso (pronação).

O oposto é recomendado para o pé cavo supinador, uma vez que o pé cavo é rígido e tem dificuldade em se adaptar corretamente ao solo, criando um aumento de pressão plantar, dificultando a distribuição das forças de impacto(5).

O calçado mais adequado para o pé cavo deve oferecer amortecimento de impactos extra para compensar esta falha anormal, os sapatos da classe amortecimento (do Inglês cushioning) são muitas vezes construídos com formatos curvos, que acomodam perfeitamente o pé cavo, este tipo de sapatos oferece uma estabilidade muito reduzida,

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



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

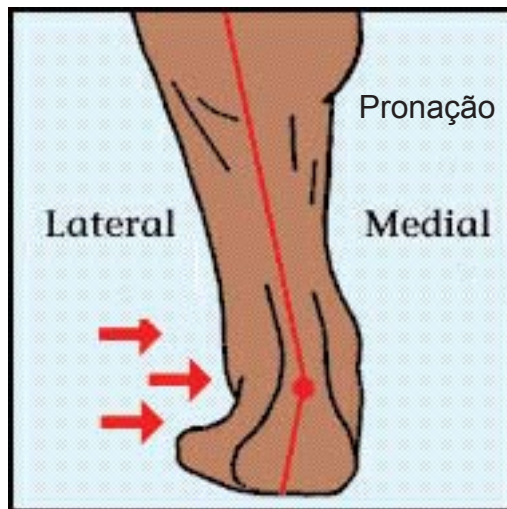
Tratado de Podologia traz um vasto material científico para estudo e pesquisa, possibilitando ao leitor aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto e oferecer à população um serviço de melhor qualidade no tocante ao cuidado com os pés.

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

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

Em português.

Vendas: Podologia Hoje Publicações Ltda. Tel: (#55-51) 3731-3037
revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com



o que compensa igualmente a rigidez natural deste tipo de pé.

O pé neutro ou normal (que na verdade é o menos comum de todos), pode em teoria usar qualquer tipo de sapatos, por possuir um ciclo mecânico equilibrado, não necessitando qualquer tipo de controle, no entanto os sapatos mais adequados, são da classe estabilidade (do Inglês Stability), que oferece um equilíbrio entre amortecimento/estabilidade de impactos, sem chegar no entanto ao controle dos sapatos de controle biomecânico.

Conclusão:

Embora vários estudos demonstrem que o calçado desportivo com demasiada capacidade de

amortecimento de impactos são ineficazes, ou mesmo prejudiciais para os corredores, existem provas que sugerem que diagnosticar o tipo de pé e acomodá-lo com a relação Amortecimento/Estabilidade adequados à sua morfologia, conseguimos uma redução dos movimentos indesejáveis (pronação/supinação), reduzindo desta forma as possibilidades do aparecimento de lesões (descontando os fatores externos tais como; excesso ou treinos inadequado).

Sendo o pé raso pronador o tipo de pé mais comum (58% de todos os tipos de pés, contra 20% pé cavo e 22% pé normal) (6) e sendo a maioria das lesões o resultado de movimentos laterais ou mediais pouco controlados, podemos afirmar que a estabilidade é a característica mais importante a procurar no calçado desportivo. ▣



Direito Semicurvo Curvo



Bibliografia:

- (1) Mccnitt-Gray JL, Yokoi T. The influence of construction strategies of sprung surfaces on deformation during vertical jumps. Med Sci Sports exer 1988; 10:396-402.
- (2) Marti B. Relationship between running injuries and running shoes. In: PforriggerW, Segesser B, eds The shoe in sport. Chicago: year Book Publishers, 1989: 256-265.
- (3) The Victorian Little Athletics Association Incorporated, preventing running injuries, facts on running-related injuries, flyer, no date: 1-2.
- (4) Ogon M, Aleksiev AR, Spratt KF, et al. Footwear affects the behaviour of low back muscles when jogging. Int J Sports med 2001; 22(6): 414-419
- (5) CPT Donald lee goss, MPT, OCS,ACT, John R. Totorelli,MPT, and Michele H Saylor,Rt RDms. Fitting efficacy. BioMag August2005
- (6) Skip Hunter, PT, ATC. Foot Types: Are Foot Types Related to Injury?. BioMag May 1997.

Tipos de Pés.

Podologa Márcia Nogueira*. *Brasil.*

Os tipos de pés possuem uma nomenclatura baseada na posição deles em relação ao eixo mediano, ou seja, a linha imaginária que reparte nosso corpo em duas partes exatamente iguais.

São elas:

A- Pé cavo ou eqüino: Possui apoio metatársico predominante, sem o apoio no calcâneo.

B- Pé calcâneo: Possui apoio calcâneo predominante, sem o apoio metatársico.

C- Pés em varo: As estruturas dos pés estão próximas ao eixo medial (ou mediano).

D- Pés em valgo: As estruturas dos pés estão afastadas do eixo medial.

Existem quatro tipos de pés, classificados de acordo com a nomenclatura citada acima.

São eles:

1- Pé torto congênito

Tem como principais causas:

- Herança familiar.
- Outras malformações associadas.
- Consangüinidade entre os pais.

Pé torto congênito **bilateral**



Foto tomada del sitio de Hospitales de la Rede SARAH - www.sarah.br

Teorias para explicar a deformidade:

1ª. Teoria mecânico-postural:

- Compressão mecânica exercida pela parede uterina.
- Fetos normais e que evoluem para a deformidade por: má posição fetal, distúrbios do líquido amniótico, tumores uterinos e cordão umbilical grosso.

2ª. Teoria da parada do desenvolvimento embrionário:

- Desenvolvimento dos pés: 4 estágios.
- Ocorre a parada do desenvolvimento embrionário no 2º ou 3º estágio.
- Associado à anomalias vasculares.

3ª. Teoria das alterações esqueléticas:

- Devido às alterações ósseas e articulares.
- Luxação, deslocamento na articulação talonavicular (principal causa).

4ª. Teoria da etiologia nervosa:

- Malformação do sistema nervoso central.

5ª. Teoria da patologia muscular:

- Deformidade do sistema muscular: anomalias da fixação dos músculos e anomalias dos tendões (fibular curto, tibial anterior, fásia plantar).

Essa deformidade possui as seguintes características:

- É presente ao nascimento (nasce uma criança a cada 2000).
- Desvio em varo.
- Hallux flétido.
- Retração dos tendões.
- Diminuição da massa muscular.
- Deformidade em eqüino e cavo (pé bem arqueado).

Tem como diagnóstico a deformidade presente ao nascimento e o exame radiográfico para acompanhar a evolução clínica.

O tratamento deve ser o mais precoce possível com o uso de aparelho gessado e retorno em uma semana.

A intervenção cirúrgica (aos cinco meses), pode ocorrer somente em casos refratários ao tratamento clínico.



2- Pé cavo

É caracterizado por uma elevação anormal da abóbada (arco longitudinal) do pé.

As principais causas são:

- Paralisia da musculatura intrínseca do pé.
- Desequilíbrio da musculatura dos tibiais.
- Lesões devido às alterações do sistema nervoso.
- Uso de calçados inadequados.

Apresenta as seguintes deformidades clínicas:

- Principal queixa: dor na cabeça dos metatársicos ou na fáscia plantar.
- Fadiga ou desconforto.
- Hiperqueratose sob a cabeça dos metatarsos.
- Deformidades dos artelhos: tipo em "garra".
- Classificação de Viladot (graus de 1 a 5).

Podem ser feitos diagnósticos por imagem como:

- Radiologia (coluna) RX.
- Tomografia (partes moles: ligamentos músculos e tendões).
- Eletroneuromiografia (verifica a função do nervo, em relação ao impulso elétrico).
- Ressonância/ Tomografia (para verificar as partes moles do cérebro).

Tratamento clínico:

- Exercícios para estiramento de a fáscia plantar e da musculatura.
- Utilização de órteses de apoio, como: palmilhas e feltros.

O tratamento cirúrgico é recomendado a partir do grau 3, ou seja, em casos graves e incapacitantes.

3- Pé Calcâneo Valgo

Apresenta como quadro clínico, ou seja, deformidade, as seguintes características:

- Contato da superfície dorsal do pé com a



Pie Calcâneo Valgo

superfície anterior da perna.

- Déficit para a flexão plantar.
- Graus de deformidade leve, pode ser uni ou bilateral.

As principais causas são: existência de deformidade em ossos e ligamentos, com relação ao encurtamento de tendões ou é até hereditária.

No diagnóstico constatamos: flexão dorsal do pé, persistente, resistência à flexão plantar (não excede 90°) e alteração do eixo do talo com o osso cubóide.

O tratamento cirúrgico e fisioterapia são recomendados.

4- Pé convexo por talo vertical

As causas dessa deformidade são hereditárias e possuem baixa incidência.

Apresenta em seu quadro clínico, as seguintes deformidades:

- É o inverso do arco plantar.
- O osso talo está deslocado para a planta do pé.
- O pé se apresenta estritamente rígido, mesmo em um recém-nascido.

No diagnóstico constatamos essa deformidade já no nascimento. Na radiografia, o talo se apresenta perpendicular ao plano e antepé em dorsi-flexão.

O tratamento é sempre cirúrgico, pois, a rigidez impede corrigir apenas com o gesso. A rigidez permanece, mesmo após a cirurgia.

5- Pés planos (chatos)

As principais causas são:

- Hereditárias.
- Doenças neuromusculares (poliomielite, paralisia cerebral etc.).



Pé plano

- Doenças inflamatórias (artrite reumatóide).
- Síndromes (de Down, Ehler- Danlos/ flacidez muscular, etc.).
- Alterações pós-traumáticas.

Tem como característica a deformidade onde há redução ou desaparecimento do arco longitudinal do pé durante o apoio no solo.

No diagnóstico notamos:

- Calcâneo Valgo.
- Alteração do apoio com o solo e com o osso Tálus.
- Desaparecimento do arco longitudinal do pé.

- Perda funcional.
- Gasto exagerado de energia para a marcha.
- Progressão da deformidade de flácida para rígida.

O diagnóstico é constatado com o exame físico aos 2 anos de idade ou, posteriormente, se tiver queixas de quedas ou cansaço físico freqüente. É facilmente notado em imagens podográficas e classificados, de acordo com Viladot, em: normal, graus 1, 2, 3, 4, e 5.

O tratamento, em sua grande maioria, evolui para cura espontânea. É indicado o uso de palmilhas (suporte de arco- Whitman) e calçados especiais.

O tratamento cirúrgico é indicado apenas em 1 ou 2 % dos casos graves.

O pé plano flácido postural da infância, ou seja, o pé chato em crianças até mais ou menos 2 ½ de idade, não se acompanha de qualquer anomalia e ocorre por frouxidão cápsula-ligamentar. ▣

* Podologa Marcia Nogueira.
Profesora do curso técnico da Mag Estética.
Email: podologamarcianogueira@hotmail.com



POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



ESQUELETO
DEL PIE 1
ESQUELETO
DO PÉ 1



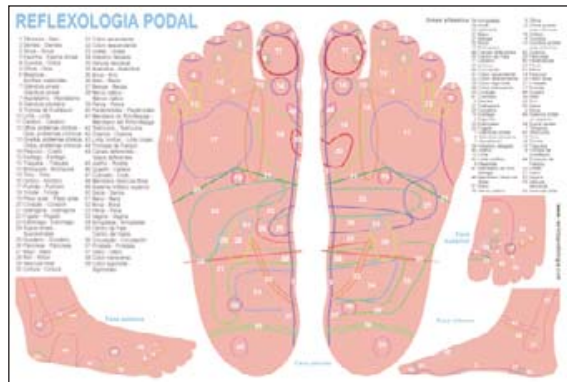
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSIS



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

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

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

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