

revistapodologia .com

Nº 10 - Outubro 2006

Revista Digital de Podologia

Gratuita - Em idioma português.

• Anquilosis de
la garganta del pie

• Pie reumático





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° 10
Outubro 2006

Diretora científica
Podologa Márcia Nogueira

Diretor comercial: Sr. Alberto Grillo

Colaboradores de esta edição:

Dr. Rafael Moncho. **Argentina.**

Dr. Alejandro Pedrazzoli. **Argentina.**

Dra. Edith Rhys. **Argentina.**

Lic. Beatriz Brignole de Rodrigues.
Argentina.

Pdga. Marcia Nogueira. **Brasil**

Pdga. Patricia Salerno. **Argentina.**

Pdgo. Amleto Lanna. **Italia.**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 24.

Capa: capa da Revista Podologia
Argentina n° 1 - Outubro de 1995.

ÍNDICE

Pag.

5 - Pé diabético. Prevenção e tratamento.

9 - Pés de lotus.

11 - Anquilose da garganta do pé em síndrome
postrombótico ulcerado.

21 - Apresentação de diferentes patologias do pé.

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

Minibula

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

ISDIN

Medley.

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

Pé Diabético. Prevenção e Tratamento.

Podólogo Amleto Lanna. *Italia.*

Geralmente os podólogos podem atuar mais e melhor que qualquer outro especialista quando apresentam quadros já declarados. Tomamos como exemplo aos médicos especialistas em diabetes, os endocrinologistas. Eles sabem tratar com maestria o dimetabolismo de base, tarefa admirável e não sempre fácil.

Sua atenção se focalizará no campo da prevenção, em problemas de amplo espectro, mas ao mesmo tempo, inevitavelmente prestaram pouca ou nenhuma atenção à natureza de um espessamento da pele (epidermes) do pé.

Provavelmente pela boca deles jamais sabemos se uma determinada lesão deve ser atribuída a um tiloma, a uma calosidade, o a uma verruga em lugar de uma possível queratodermia.

Provavelmente os clínicos e os endocrinologistas nem sequer tenham observado os pés, a não ser que o mesmo paciente o manifeste ao sentir sintomas precisos, nos membros inferiores. Lamentavelmente quando esses sintomas são tão evidentes como para induzir o doente a falar com o médico; se de prevenir se trata, estamos chegando demasiado tarde.

O mesmo vale para o demartologista ou para o cirurgião cardiovascular aos que se dirigem os pacientes com úlceras plantares ou mal perfurante plantar já instaurado, para não falar do traumatólogo, a quem corresponderia a prevenção e o tratamento do arco do pé vencido (pé plano) ou das mutilações do pé.

Talvez algum dia nesta revista algum traumatólogo se decida a tratar deste tema visto desde a óptica da traumatologia. Conhecendo sua vasta competência na matéria, e seu alto grau de atualização no tema, poderia aportarmos muito material de estudo.

Minhas palavras não pretendem ser um desafio, senão um amável convite para uma podologia profissional e racional, uma atividade operativa e sanitária reconhecida no mundo.

Quais e quantas são então as possibilidades do podólogo? Inumeráveis.

Porque unicamente o podólogo tem a oportunidade durante uma sessão na qual é fácil ter um diálogo cordial com o paciente de notar mil detalhes e de saber observar com olho crítico o pé das pessoas que gozam de boa saúde, ou dos que pensam gozar de boa saúde e padecem de alguma doença.

Como é sabido a diabetes se caracteriza por ter um inicio enganoso.

Os primeiros sintomas podem ser inclusive algum motivo de satisfação. Outros sintomas em troca são deixados de lado pelo doente. Outros enfim são calados a propósito, quando não removidos por pudor no subconsciente. Pudor frente aos demais e por um mesmo.

SINTOMAS TÍPICOS

- Incremento do apetite
- Sensação de cansaço
- Sede intensa
- Prurido generalizado
- Diminuição da libido.

Ninguém se queixará por exemplo de seu apetite (dirá: tenho 50 anos y tenho mais fome que quando tinha 20).

Ninguém lhe dará importância a essa sensação de cansaço cuja natureza não pode ser precisada (será o calor, demasiado trabalho, pode ser o stress etc.).

E quem se preocupará por esse desejo de beber cada vez com maior frequência um copo trás outro de inocente água?



Quem aceita de bom grado ter que levantar-se três ou quatro vezes durante a noite para urinar ou devido a um prurido genital?

E ninguém revelará espontaneamente aos demais que, fogoso amante até pouco tempo atrás nota agora uma grande indiferença em relação ao sexo (tenho demasiadas coisas na cabeça já me passará) não querendo associar com alguma doença. O podólogo pode e deve intervir justamente nesses casos, com essas pessoas, é dizer que quando durante uma consulta podológica ficara sabendo da boca de seu paciente inclusive de pura casualidade, desse tipo de notícias, aparentemente banais.

Notícias que chegado este ponto, o podólogo tem o dever de aprofundar, orientar, avaliar. Mais quando estas simples pistas coincidem com a existência de algum sintoma objetivo que desperte suspeitas. Todas as informações que tenha obtido deverá estudá-las, e se necessário geralmente é, sugerir a necessidade de um exame de urina ou melhor ainda um de glicemia.

Tudo isto pode acontecer no curso de uma amável conversação iniciada durante uma consciente consulta podologica.

O trabalho de prevenção do podólogo consiste em recolher dados , mas, fundamentalmente na

avaliação clínica dos eventuais sintomas coincidentes. E mais, a partir deste momento, a prevenção mais que sobre agudeza psicológica, deverá baseasse na preparação profissional do podólogo.

Quisera recalcar de colega a colega, algo que considero de grande importância: tenham sempre presente que, uma pele seca o xerodérmica, uma descamação, sensação de coceira, uma queratodermia mais ou menos circunscrita, uma onicodistrofia, podem estar revelando outras cem infecções que nada tem a ver com a diabetes.

Corresponderá a nossa boa preparação e a nossa inata capacidade de análise e de síntese, entender quando uma queratodermia circunscrita é somente uma simples verruga plantar, ou que a onicodistrofia que se apresenta à sido causada por um calçado inconveniente, que a descamação que vemos é psoríase, etc. Mais ainda se o paciente não sofre de bulimia, polidípsia, poliúria, nicturia, cansaço ou astenia sexual.

Quais são então os sintomas coincidentes que com antecedentes despertam suspeitas, devem chamar a atenção do podólogo?

Antes que nada o prurido, a coceira. Já seja que este localizado, ou generalizado, pode cons-

 **EL ESTETICISTA** 

elesteticista@suavepie.com

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

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

tituir um dos sintomas mais sugestivos e precoces da diabetes.

PRURIDO GENITAL

**Glicemia maior de 160 mg./dl,
supera o limite de reabsorção renal:
glicosuria.**

Sobre o prurido genital em particular, quisera recordar-lhes o prurido primário e sobretudo aquele que deriva da sobreposição de uma cândida. A candidíase genital efetivamente é uma manifestação muito comum quando a porcentagem de glicemia alcança valores tais (geralmente superiores a 160 mg) o limite renal de eliminação de glicose. Nesses casos a glicose emitida com a urina, em contato com o ar se acidifica. A conseguinte redução de ph, o estabelecimento da cândida nas mucosas genitais aparecem então áreas vermelhas e com intensas coceiras.

Não é difícil que um dermatologista em presença de uma balanopostite ou cândida pergunte a seu paciente se tem muita sede, muito apetite, etc. Desta maneira nossos amigos dermatologistas desmascaram não poucos casos de diabetes, ainda não diagnosticados.

**5 DE CADA 100 PESSOAS
SÃO DIABÉTICAS.
DELAS, A METADE NÃO SABE.**

O podólogo exercita uma profissão muito mais discreta e reservada, mas sempre tem a possibilidade de realizar algumas perguntas, em forma delicada com o maior tato. Desta maneira talvez poderá antecipar um diagnóstico que com uma visita já prevista, mas ainda não realizada ao dermatologista, o com um exame clínico, ao que se induzirá ao paciente, poderá ser confirmada.

Isto sim é prevenção !!

Digamos ademais que este é o momento de sugerir ao paciente uma visita ao oftalmologista para prevenir o desenrolar de uma terrível retinopatia diabética, que de não ser tratada a tempo pode levar à cegueira. Outros dos sintomas que nos devem fazer suspeitar são as chamadas perturbações do trofismo da pele e dos anexos cutâneos. Entre esses recordaremos por um lado, o empastamento dos tecidos e os edemas e por outro lado a xerose e a descamação da pele da perna e do pé.

**Ao menos um 35 % dos diabéticos
apresenta um grau de neuropatia***

Artropatia neuropática é comum a diversas doenças, a mais comum: a diabetes

* freqüente com a aparição de dedos em garra

(desequilíbrio motor).

Mas também recordemos a diminuição do suor (transpiração) o emagrecimento primeiro, e mais tarde a queda dos pelos e a onicodistrofia orientada para o engrossamento das lâminas que, em alguns casos pode alcançar o aspecto típico da onicogribose.

Tratamento das úlceras plantares

- O desbastamento primário e repetido do calo causa da úlcera.
- Criar suportes plantares de descarga - úlcera.
- Cuidadosa higiene cotidiana com produtos orgânicos utilizando água fria e morna alternadamente.

Um pouco mais tarde aparecem as manchas queratósicas mais ou menos circunscritas na planta. Estas podem chegar a ter um aspecto decididamente hiperqueratósico, sobre tudo nas zonas cutâneas sujeitas a maior roce com o calçado ou no caso de pacientes imobilizados, nas zonas de roce com os lençóis.

Muitas vezes coexistem com estes fenômenos, nesta fase, perturbações na sensibilidade periférica do membro, a forma de posições anômalas do pé, quando se esta erguido e mais tarde, o aparecimento de pontos pouco comuns de atrito ao caminhar.



Úlceras neuropática

Estas moléstias provocadas pela neuropatia diabética comprometem posteriormente o trofismo da perna.

Em outras palavras, se produz um verdadeiro círculo vicioso. As áreas queratósicas, forçadas muitas vezes pelas manobras intempestivas, terminam por despegar-se. Surgem então as úlceras plantares.

O quadro se há declarado.

Chegados a este ponto já não se pode falar de prevenção primária, mas não obstante o trabalho do podólogo ainda não há chegado ao fim.

É neste momento, por exemplo, de convidar ao paciente a consultar um dermatologista, ou a um cirurgião vascular, um neurologista ou um traumatologista, equipe médica sempre em estreito contato com o podólogo ou vice e versa.

EQUIPE DE TRABALHO

Endocrinologista
Dermatologista
Cirurgião vascular
Neurologista
Traumatologista

Tudo isto antes que apareçam as superposições bacterianas, as linfangites, as flebites e as graves deformações da fase terminal do processo que caracterizam o famoso pied carre.

Me refiro especificamente ao vencimento do arco plantar, à subluxação do escafóide, a osteólise e as mutilações. Tudo isto pode e deve saber fazer o podólogo no campo da prevenção e dos primeiros tratamentos do problema.

E isto, colegas, não me parece que seja pouca coisa. Quase sempre será muito mais do que possa fazer mais tarde um especialista, chamado ao leito de um doente, para tratar seu pé diabético declarado.

O TABACO

Reduz a circulação periférica
+/- em 50%.
Mata um pé diabético.

Os especialistas tem armas muito válidas seguramente. Mas os resultados geralmente não são muito bons e muito lentos.

O pé diabético é um exemplo clássico no qual a prevenção é mais importante que o tratamento. Recordemo-lo.

Existe de qualquer maneira uma prevenção posterior que busca evitar posteriores complicações e existem também terapias locais e gerais.



Pequenas úlceras isquémicas distais

A prevenção nesta fase avançada da doença se baseia na ginástica vascular, consiste inclusive em banhos mornos e frios alternadamente, e na aplicação asséptica racional, não irritante nem sensibilizante, capaz de prevenir infecções secundárias provocadas pelos mais variados microorganismos.

O 50% das grandes amputações de membros inferiores são efetuadas em pacientes diabéticos.

As complicações renais e cardiovasculares são causa de aproximadamente o 75% das mortes nestes pacientes.

Em alguns casos poderão adotar-se inclusive ciclos de antibióticoterapia por via oral.

Sem dúvida serão úteis os medicamentos chamados vasoativos e miocardiocinéticos, mas obviamente o nó da terapia médica se baseia no tratamento do diabetes. Que não sempre é simples.

Numerosos investigadores europeus chegaram a declarar que passados mais de cinquenta anos desde o descobrimento da insulina (1922) tanto a natureza como a causa exata da diabetes são ainda um tanto vagas e, em consequência, o tratamento não é de todo satisfatório.

A ação de prevenção da diabetes em toda Europa, América do Norte e uma parte da América do Sul, por nossos colegas podólogos, esta dando lenta mas progressivamente uma contribuição importante ao serviço sanitário na prevenção das mutilações dos membros inferiores e no desmascaramento desta doença tão difundida socialmente. α

Pés de Lótus.

Podóloga Márcia Nogueira. *Brasil.*

Transformar a imagem do corpo expressa tanto a veneração como a cultura de um povo. O costume de modificar radicalmente o corpo em busca de uma nova estética, também chamado de "Body modification", não é apenas um ideal primitivo, ele se perpetua até os tempos modernos.

É impressionante e inexplicável como a mulher, através dos tempos e na maioria dos casos, é sempre o foco principal para se calcar a cultura dos povos a que pertence, seja física ou psicologicamente.

Só para lembrarmos, tomemos alguns exemplos como: a mutilação dos genitais das mulheres muçulmanas, as mulheres-girafas da Birmânia, a preferência incondicional pelo filho homem dos chineses e japoneses, os pés de Lótus das mulheres chinesas, entre outros.

Vamos nos ater ao caso das chinesas, onde a própria implantação cultural fez com que as mulheres se sentissem inferiores, por não terem seus órgãos modificados e o pior, psicologicamente submissas à cultura imposta, na obrigação de agradar, aceitavam tudo com humildade e resignação.

Os membros que foram sujeitos a tal modificação, foram nada mais que os próprios pés das meninas chinesas, os responsáveis pelo ir e vir dependendo da vontade de quem os possui, ou seja, houve intenção explícita em limitar na essência, a liberdade de movimentos. Coube à própria mulher, em nome do "belo e feminino", preparar o seu cárcere para o resto de suas vidas.

Essa técnica de bandagens nos pés atingiu pelo menos 4,5 bilhões de mulheres chinesas nos últimos 1.000 anos. Ao serem enfaixados os pés eram quebrados, uma pedra era colocada sobre cada um deles para que não retornassem à posição inicial e os dedos eram dobrados para dentro, para que assim os pés não tivessem acima de 8 cm de comprimento. Era comum alguns dedos gangrenarem e terem que ser amputados.

Os pés de Lótus tinham até uma classificação: lótus de Ouro até 7,5 cm, Prata 10 cm e Ferro mais do que esse comprimento. Esse procedimento era feito em meninas a partir dos 5 ou 6 anos de idade para que os pés tivessem o formato de um lírio, essa deformação é profunda e irreversível.



Por motivos eróticos ter os pés em forma de lírio era certeza de sucesso amoroso e matrimonial, o andar bamboleante devido à dificuldade ao caminhar, era sinônimo de graça e beleza.

O Pequeno Lótus era atributo de mulheres de classe social alta, o que não impedia que as camponesas fizessem o mesmo com suas filhas, mesmo não tendo a certeza em obter um casamento e nesse caso, teriam que trabalhar no campo, sofrendo dores terríveis.

Os pés pequenos eram fetiches para os homens, que associavam a flor ao órgão genital feminino, também representavam submissão e clausura, por darem apenas pequenos passos, as mulheres tornavam-se frágeis e dependentes, sem autonomia de se locomover livremente.



Essas mulheres aos poucos vão se tornando deficientes físicos, à medida que o tempo passa, os pés já não tem forças para se movimentar e



equilibrar o corpo.

Esse costume teve início no Palácio do último Rei da Dinastia Tang (923-936 DC) e foi banido em 1911 pelo Imperador da Manchúria, da Dinastia Qing (1644-1911). Mesmo assim, foram encontradas em áreas remotas das montanhas, mulheres com pés de lírio, como eram chamadas, em 1949. Em 1998, Mao Tse-Tung encerrou a última casa que manufaturava sapato para as mulheres "Lótus".

As mulheres com mais de 70 anos são as representantes vivas dessa cultura mutiladora, uma cultura de dor.

Curiosidades:

Hoje em dia quando falamos em Flor-de-Lótus, sabemos que é conhecida como Lótus-sagrado ou Lótus-da-Índia. Uma planta da família das ninfáceas, mesma família da vitória-régia. É vista com respeito e veneração e é frequentemente associada a Buda.

A artista Plástica Maria Cheung retrata em suas esculturas essa mutilação, com intensa força simbólica no site: http://www.artenauniversidade.ufpr.br/muvi/artistas/m/maria_cheung/maria_cheung.htm

Vale a pena ver!



O fotógrafo chinês Li Nan participou da exposição de maior sucesso da China, com um trabalho feito com fotos (algumas presentes nessa matéria) sobre o Pé de Lótus, por se sentir perturbado pelo sofrimento de sua avó. ☹

Fonte: Pesquisa e fotos retiradas da internet.

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFECÇÕES!

HomeoPast

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

RESULTADOS SURPREENDENTES!

O Legítimo Creme para Fissuras!

Altamente Hidratante e Cicatrizante
Contém Extratos de Plantas Medicinais

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

Um descanso para os pés!

Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.
Distribuídos por: **HomeoMag** PODLOGIA ESTÉTICA
Telefax.: (0**11) **6163-5363 • 6215-0070**
www.homeomag.com.br
atendimento@homeomag.com.br
ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL

HomeoFeet
Protetor para hidratação
Novidade!

Tenha todos os nossos produtos em sua clínica!

Nova Embalagem!

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

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

Anquilose da Garganta do Pé em Síndrome Postrombótico Ulcerado.

Dres. Rafael Moncho e Alejandro Pedrazzoli, Flebólogos.

Dra. Edith Rhys e Lic. Beatriz Brignole de Rodrigues, Fisioterapeuta. **Argentina.**

INTRODUÇÃO

As doenças venosas dos membros inferiores encerram um profundo conteúdo social econômico já que, com seu longo histórico de sintomas e complicações, conduzem a uma apreciável porcentagem da população a um grau de invalidez relativa ou total. Os pacientes portadores de uma síndrome postflebitico complicada com uma úlcera e ainda o que é mais grave, com uma anquilose das articulações da garganta do pé, subastragalina e mediotarsana são doentes relegados, aos quais se há realizado algum tratamento mas havendo fracassado ficam conhecidos como doentes crônicos sem perspectivas de cura. Pois bem, a maioria deles são curáveis quanto mais cedo se beneficie com um diagnóstico correto e um tratamento adequado. Nos casos muito avançados os esforços concentrados do cirurgião vascular, o podólogo e o fisioterapeuta permitem ao paciente sobrelevar a infecção com menos sofrimento e um grau menor de invalidez.

ANATOMIA NORMAL, DESCRITIVA E TOPOGRÁFICA DA ARTICULAÇÃO DA GARGANTA DO PÉ.

Uma articulação é a união de dois ou mais ossos próximos, através de partes macias ou duras.

Desde Galeno se conhece as articulações móveis com o nome de diartrose como é o caso da articulação da garganta do pé, a qual une a perna com o pé. Três ossos contribuem a formar esta articulação: por parte da perna a tíbia e a fíbula, e por parte do pé o primeiro osso do tarso, ou seja o astrágalo.

Na diartrose da garganta do pé se consideram:

1) SUPERFÍCIES ARTICULARES:

Esqueleto da articulação.

A) Por parte do pé: a face superior do astrágalo, convexa no sentido anteroposterior e côncava transversalmente. Representa uma tróclea ou poleia constituída por:

- A garganta dirigida da frente para trás e um pouco de fora para dentro.
- Duas vertentes desiguais: a interna mais estreita e a externa mais larga, ambas inclinadas na direção da garganta.
- Uma borda interna redonda.
- Uma borda externa mais fina e mais alta que a precedente. Esta borda que, em sua parte posterior se alarga para formar um sulco triangular.

A polea astragalina é mais comprida que larga. Sua amplitude vai diminuindo da parte anterior á

posterior. Pelos lados, a superfície articular da poleia astragalina continua com outros dois sulcos estes orientados em sentido sagital que ocupam uma, a face interna e a outra a face externa do astrágalo. Desses dois sulcos laterais o externo concavo de cima para baixo, tem a forma de um triângulo de base superior, e o interno, menos elevado que o externo e prolongado da frente para trás em forma de uma vírgula, com a cabeça dirigida para diante. Em estado normal a polea astragalina e os dois sulcos laterais que a seguem estão revestidos por uma capa de cartilagem hialina. Na polea, esta capa cartilaginosa de revestimento de incrustação, tem sua maior espessura na garganta e na vertente interna

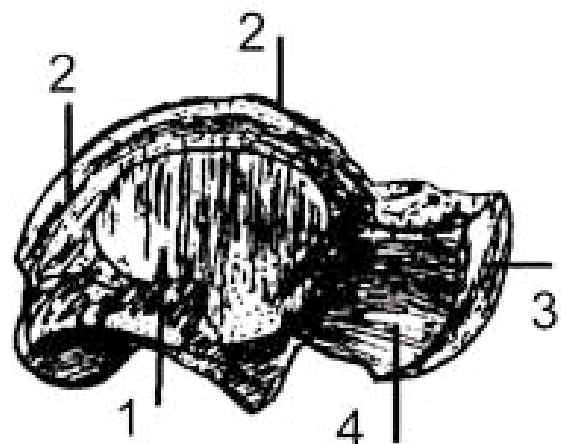


Figura 1: Astrágalo. Face externa. 1. Sulco triangular, articular para o maléolo externo. 2. Polea astragalina. 3. cabeça. 4. Pescoço.

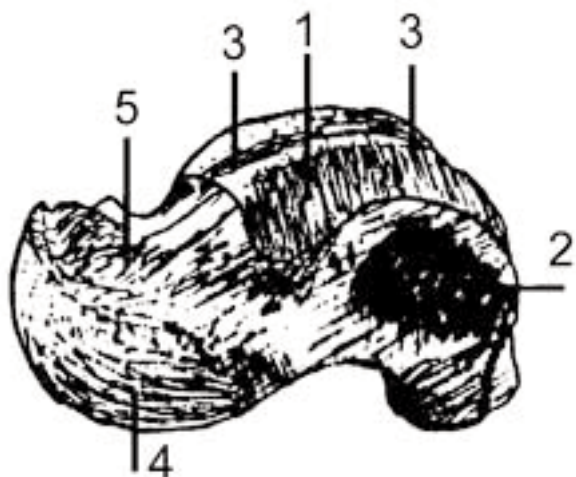


Figura 2 : Astragalo. Face interna, 1. Sulco para o maleolo interno. 2. Superfície rugosa para a capa profunda do ligamento lateral interno. 3. Polea 4. Cabeça. 5. Pescoço.

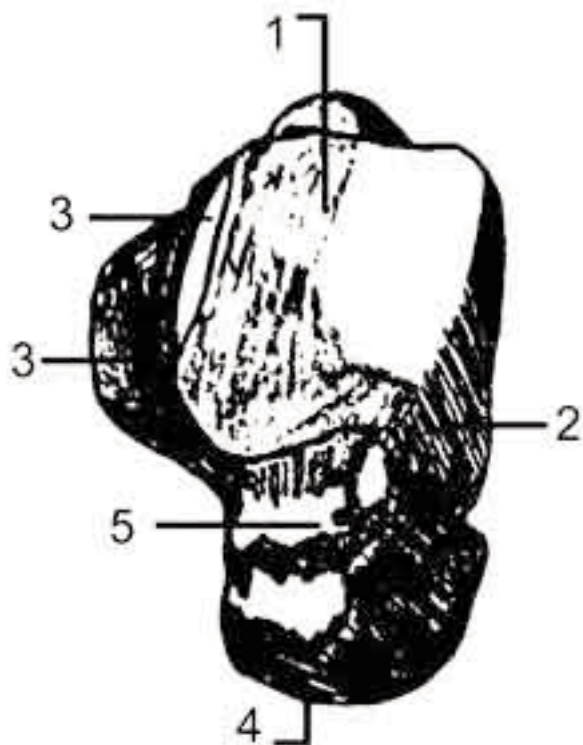


Figura 3 : Astragalo. Face superior. 1. Polea para a tibia. 2. Sulco articular para o maléolo interno. 3. Sulco articular para o maléolo externo. 4. Cabeça do astragalo. 5. Pescoço.

onde mede dois milímetros; na vertente externa sua medida não ultrapassa os 1,5 milímetros. Esta cartilagem de revestimento tem por função evitar o atrito ou o choque entre as superfícies articulares ósseas. Quanto maior é a pressão que devem suportar as superfícies articulares, tanto mais grossa é a cartilagem. Uma das superfícies

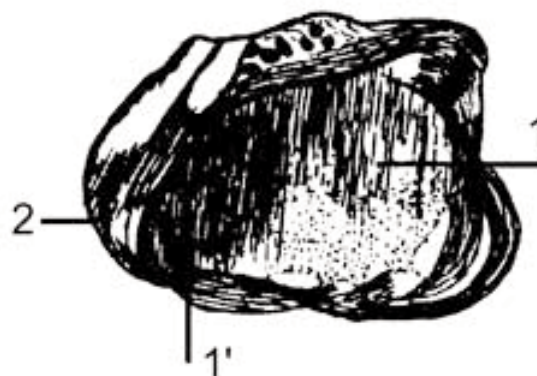


Figura 4: Extremo inferior da tibia visto por sua face inferior. 1. Superfície articular para a polea astragalina. 1º Sulco para a face interna do astragalo. 2. Maleolo interno.

adere intimamente ao osso subjacente. A superfície livre voltada ao interior da articulação, é lisa, polida e escorregadia, estando coberta pelo líquido sinovial.

A circunferência ou borda periférica da cartilagem se confunde com o perióstio inserindo-se à membrana sinovial. (figura 1 a 4).

B) Por parte da perna: a fíbula e o peroneo formam uma espécie de mortalha cuja parede superior esta constituída pela fíbula, e as duas paredes laterais pelos maleolos interno e fíbular e externo o peroneo. A parte superior da mortalha representa uma superfície quadrilátera, um pouco mais larga na sua parte anterior que na posterior, côncava da frente para trás e convexa em sentido transversal. Está destinada a articular-se com a polea astragalina; a este fim apresenta em sua parte media uma cresta anteroposterior obtusa que se corresponde com a garganta da poleia, e a cada lado da cresta duas superfícies ligeiramente côncavas, que se moldam exatamente sobre as vertentes correspondentes da poleia astragalina.

Os maléolos peroneos e fíbular apresentam na parte do seu contorno voltado para a articulação, um sulco articular vertical: o sulco do maleolo interno, a qual é plana e prolongada da frente para trás, (tem forma de triângulo de base anterior) o sulco do maléolo externo, muito mais alto que o precedente, é convexo de cima para baixo e tem a forma de um triângulo de vértice inferior. Estes dois sulcos maleolares se correspondem com os dois sulcos laterais do astrágalo. (figura 5 e 6).

Em estado normal uma capa de cartilagem hia-

lina cobre em toda sua extensão a mortalha fibulo peronea.

Sua espessura é de dois milímetros na fíbula e de um a um e meio no peroneo.

2) MEIOS DE UNIÃO O LIGAMENTOS:

Sujeitam entre si as peças esqueléticas que entram na constituição da articulação são muito resistentes e inelásticos.

a) O ligamento capsular ou cápsula articular é uma capa fibrosa que se fixa fortemente por ambas circunferências nas peças esqueléticas correspondentes.

b) Os ligamentos periféricos se encontram por fora da cápsula e vinculam os ossos articulares. Podem ser cilíndricos ou planos.

A mortalha fíbula peronea e a espiga astragalina são mantidas em mutuo contato por:

a) ligamento capsular o cápsula.

b) ligamentos laterais de reforço, externo e interno.

Cápsula: O ligamento capsular adota a forma de um cabinho, cuja circunferência superior se insere no contorno das superfícies articulares da fíbula e o peroneo, e a circunferência inferior se fixa no contorno da superfície articular do astrágalo.

A cápsula é muito apertada a nível dos maleolos e mais larga nas partes anterior e posterior da articulação, onde se encontra reforçada por fascículos fibrosos que desde as bordas anterior e posterior da mortalha tibio-peronea se dirigem para baixo para fixarem-se no astrágalo. Estes fascículos de reforço anteriores e posteriores são variáveis em seu número, direção, extensão e grau de diferenciação. A mortalha tibio-peronea e a espiga astragalina estão intimamente unidas pelos ligamentos laterais.

Ligamento lateral externo: Situado na parte externa da articulação, compreende três fascículos independentes entre si:

a) Fascículo anterior ou ligamento peroneo astragalino anterior: Aplainado e quadrilátero. Se insere na borda anterior do maléolo peroneo e na face externa do astrágalo.

Fascículo posterior o ligamento peroneo astragalino posterior: Se origina na fossa do maléolo peroneo e seguindo um trajeto horizontal se fixa na face posterior do astrágalo.

Fascículo meio ou ligamento peroneo calcâneo: cordão aplainado de quatro centímetros de comprimento e cinco milímetros de largura. Por cima se insere na vértece do maléolo peroneo e se dirige oblíquo para baixo e atrás para fixar-se na face externa do calcânhar.

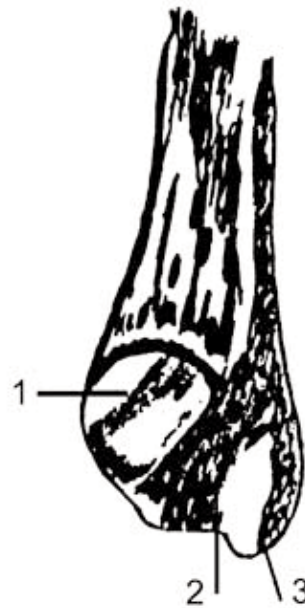


Figura 5:
Extremo inferior do peroneo visto por sua parte interna.

1. Sulco articular para o astrágalo.

2. Depressão rugosa para a inserção do ligamento peroneo astragalino posterior.

3. Vértece do maleolo externo.

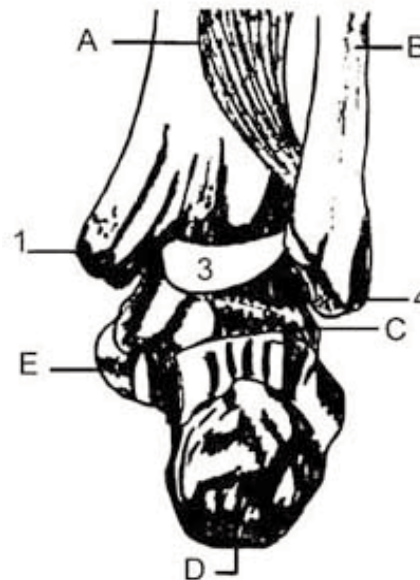


Figura 6:

A. Tibia

B. Peroneo

C. Astrágalo

D. Calcânhar

E. Escafoides

1. Maléolo tibial

2. Maléolo peroneo

3. Polea do astrágalo

Ligamento lateral interno: Ocupa a parte interna da articulação e esta formado por duas capas:

a) Capa superficial: chamada ligamento deltoide por razão da sua forma triangular (forma de delta grega) se insere por cima na borda inferior do maléolo fíbular. Desde aí as fibras descendem de um largo leque, cuja base mede seis centímetros de extensão, e se fixa debaixo e atrás em um grosso tubérculo que oferece a face interna do astrágalo; as fibras medias se inserem na apófise menor do calcânhar, e as fibras anteriores oblíquas embaixo e na frente se fixam na parte interna do pescoço do astrágalo e na face superior do escafoides.

b) Capa profunda: se apresenta como um ligamento curto, voluminoso e resistente, que se fixa por cima na vértece do maléolo fíbular e por baixo

na face interna do astrágalo, por baixo do sulco articular, a longitude deste ligamento é de 12 milímetros e sua largura de 6 milímetros. Os ligamentos laterais externo e interno dão estabilidade transversal à articulação impedindo qualquer movimento de balanço do astrágalo.(figura 8 a 11).

3) MEIOS DE DESLIZAMENTO O SINOVIAL O SINOVIA:

A sinóvia é uma membrana fina que cobre uniformemente a cara profunda da cápsula articular, em toda a circunferência existente entre as superfícies articulares superior e inferior. A sinóvia se fixa por cima e por baixo exatamente no limite ou perímetro da cartilagem de incrustação das superfícies articulares.

A membrana sinovial exala um líquido untuoso, viscoso, turvo de cor amarelada, que se compara à clara de ovo e se designa com o nome de sinóvia, o qual banha ou lubrifica os cartilagens de revestimento das superfícies articulares para facilitar o jogo recíproco de deslizamento. Isto dá à sinóvia uma importância considerável na mecânica articular. Na face anterior e posterior da articulação da garganta do pé, a cápsula é frouxa e se deixa distender facilmente, pelo qual a sinóvia forma os fundos de saco anterior e posterior (fig. 7).

4) RELAÇÕES:

A articulação da garganta do pé se relaciona por sua superfície externa com uma série de tendões que descendem da perna ao pé.

A) na face anterior, procedendo de dentro para fora, se deslizam os tendões dos músculos fibular anterior, extensor próprio do halux, extensor comum dos dedos e peroneo anterior. Todos estes tendões passam por diante da articulação colocados dentro de bainhas sinoviais. Entre a extensão própria e a extensão comum dos dedos

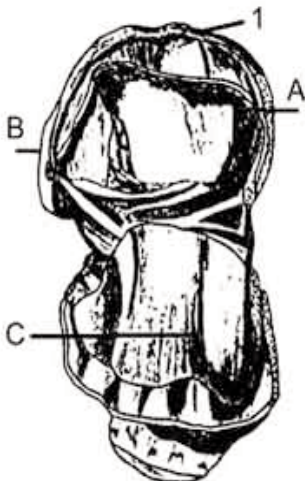


Figura 7:
A. Tibia, maléolo interno.
B. Peroneo, maléolo externo.
C. Astrágalo, com suas duas poleas e seus dois sulcos laterais.
1. Cápsula articular

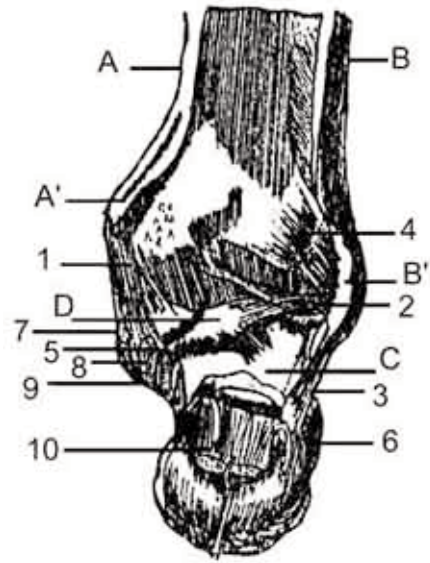


Figura 8: A. Tibia, A" maléolo interno. B. peroneo. B" maléolo externo. 1. Ligamento lateral interno. 2. Ligamento peroneo astragalino posterior. 3. Ligamento peroneo calcâneo. 4. Ligamento posterior da articulação peroneo tibial inferior. 5. Ligamento calcâneo astragalino posterior. 6. Tendões dos peroneos. 7. Tendão do tibial posterior. 8. Tendão do flexor comum dos dedos. 9. Tendão do flexor próprio do hálux. 10. Tendão de Aquiles.

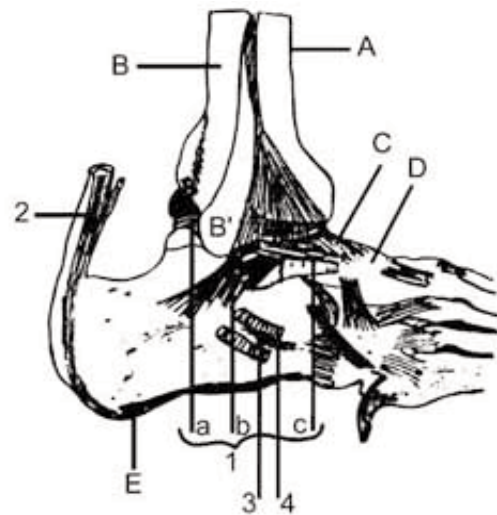


Figura 9: Articulação tibio - peroneo - tarsiana (face externa). A. Tibia. B. Peroneo. B" astrágalo. C. Astrágalo. D. Escafoides. E. Calcâneo. 1. Ligamento lateral externo a. Fascículo peroneo astragalino anterior. b. Fascículo peroneo calcâneo c. Fascículo peroneo astragalino posterior 2. Tendão de Aquiles 3. Tendão do peroneo lateral longo. 4. Tendão do peroneo lateral curto.




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

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 onicomiosis.

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 podo-diagnostico 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.



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**

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 expansoras 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.

corre o nervo, a artéria e duas veias fíbulais anteriores.

Sobre estas diferentes estruturas se estende o ligamento anular anterior do tarso.

B) na face posterior, e procedendo de dentro para fora, se encontram aplicados contra a articulação os tendões: fíbula posterior, flexor longo comum dos dedos, flexor próprio do hálux, peroneo lateral longo e peroneo lateral curto. Junto aos tendões flexores (por dentro) corre o nervo, a artéria e as veias fíbulais posteriores. Todos aqueles tendões se deslizam pelo interior de bainhas sinoviais.

Artérias: todas as artérias que rodeiam a garganta do pé proporcionam ramificações à articulação. Ditas artérias são: a fíbula posterior as maleolares internas e externas; a peronea anterior e a peronea posterior.

5) MOVIMENTO OU MECÂNICA ARTICULAR:

A articulação da garganta do pé executa os dois movimentos fundamentais das articulações troclicares: flexão e extensão. Mas também desfruta, em condições mecânicas especiais, dos movimentos de adução, abdução e rotação, intervindo para estes movimentos as articulações subastragalina e mediotarsiana.

Flexão ou dorsi-flexão: é o movimento pelo qual a face dorsal do pé se aproxima da face anterior da perna. A amplitude da flexão é de 20 a 30 graus.

Extensão ou flexão plantar: Movimento pelo qual a face dorsal do pé se afasta da face anterior da perna. É o movimento de parar na ponta dos pés.

A amplitude da extensão varia de 40 a 50 graus. O desenvolvimento da poleia astragalina é maior de trás que para diante, o qual explica o predomínio da extensão sobre a flexão. Os movimentos de flexão e extensão se efetuam ao redor de um eixo transversal, que passa pelo centro da curvatura da poleia astragalina. (a 25 mm por baixo desta poleia) (fig.12 e 13)

Adução: movimento que conduz a ponta do hálux para dentro e o aproxima a linha média. Este movimento se efetua na articulação subastragalina.

Abdução: movimento que conduz a ponta do hálux para fora, separando-o da linha media. Este movimento se efetua na articulação subastragalina. Nos movimentos de adução e abdução o pé roda ao redor de um eixo vertical que passa pelo sulco externo do astrágalo. (fig. 14)

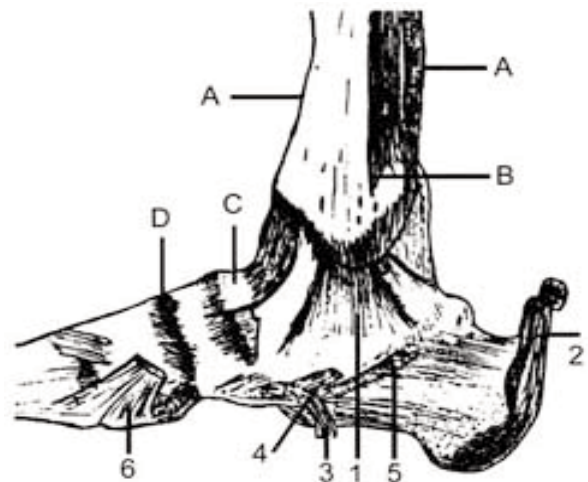


Figura 10: Articulaco tibio - peroneo - astragalina (face externa) A. Tibia. A'' maléolo interno. B. Peroneo. C. Astrágalo. D. Escafoides. 1. Ligamento lateral interno ou deltoide com seus fascículos astragalinos, calcâneos e escafoides. 2. Tendão de Aquiles. 3. Tendão do tibial posterior. 4. Tendão do flexor comum dos dedos. 5. Tendão do flexor proprio do hálux. 6. Tendão tibial anterior.

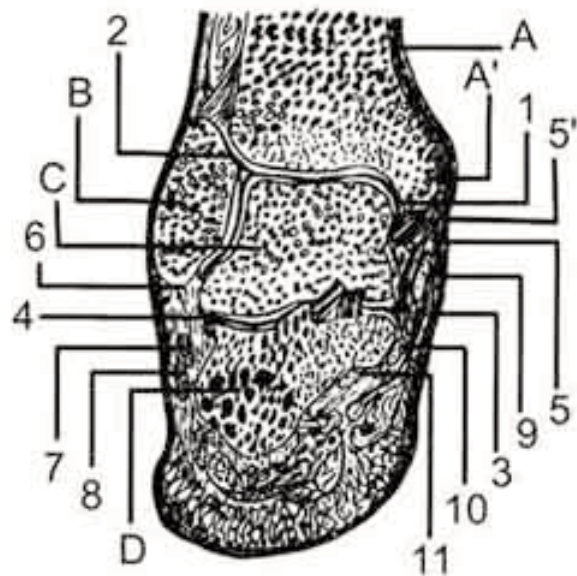


Figura 11: Corte frontal da articulaco tibio peroneo astragalina. A. Tibia A''. Maléolo interno. B. Peroneo (maléolo externo). C. Astrágalo. D. Calccano 1. Interlinha da articulaco tibio tarsiana. 2. Interlinha peroneo tibial. 3. Articulaco calccano astragalina interna. 4. Articulaco calccano astragalina externa. 5. Capa superficial e capa profunda do ligamento lateral interno. 6. Ligamento calccano astragalino interósseo. 7. Tendão do peroneo lateral curto. 8. Tendão do peroneo lateral largo. 9. Tendão tibial inetrior. 10. Tendão do flexor comum dos dedos. 11. Tendão do flexor proprio do hálux.

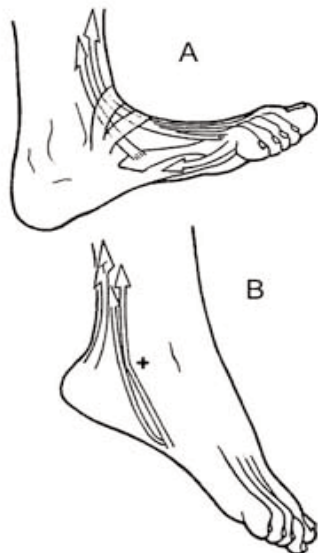


Figura 12: movimentos de:
A. flexão B. Extensão

Rotação voltada para dentro ou supinação: a borda interna do pé se eleva dirigindo sua face plantar para o plano meio do corpo. Tem lugar nas articulações subastragalina e mediotarsiana.

Rotação para fora ou pronação: a borda externa do pé se eleva dirigindo sua face plantar para fora. Ocorre nas articulações subastragalina e mediotarsiana.

Os movimentos de rotação se efetuam ao redor de um eixo anteroposterior.

Inversão=adução +supinação

Eversão=abdução+pronação (fig. 15)

A articulação da garganta do pé não trabalha sozinha nos movimentos, se não que a acompanham outras articulações como a articulação subastragalina e a articulação mediotarsiana (fig. 16)

A articulação subastragalina une o astrágalo ao calcâneo. É uma diartrose do genero dupla artrodia (superfícies ósseas articulares planas).

A articulação mediotarsiana une o astrágalo ao escafoídes e o calcâneo ao cuboídes. Ambas são diartroses do genero enartrose para a articulação astrágalo-escafoide, e encaixe recíproco para a articulação calcâneo-cuboide.

6) MÚSCULOS MOTORES:

Os músculos motores geradores dos diferentes movimentos são:

Flexão:

motor principal: músculo fíbular anterior

motores acessórios: músculo extensor comum dos dedos, músculo extensor do hálux.

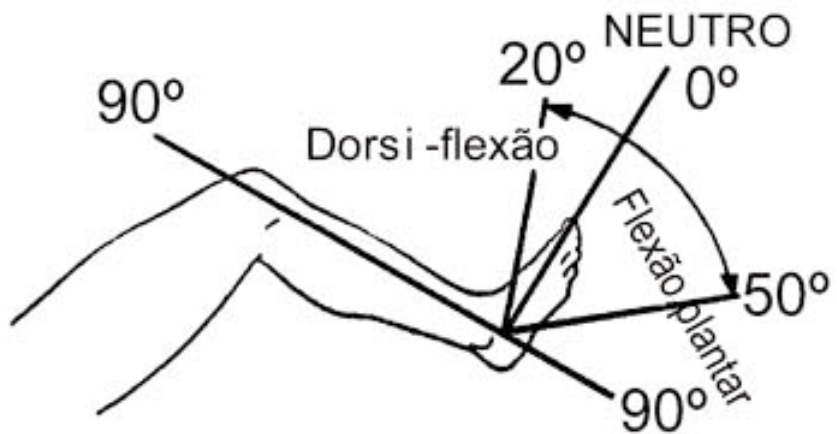


Figura 13: ângulos de flexão e de extensão

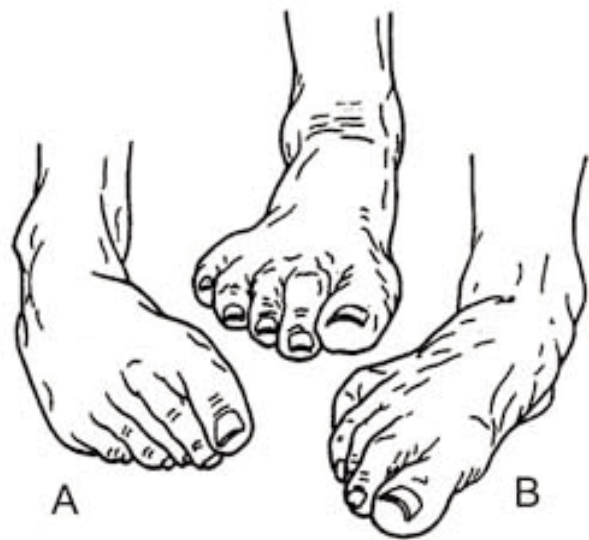


Figura 14: movimentos de: A. adução B. Abdução

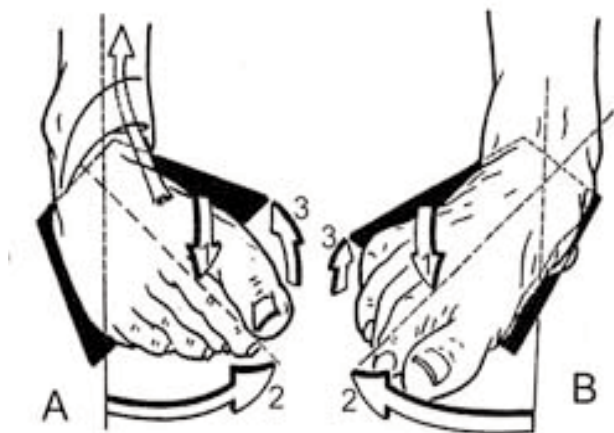


Figura 15: Movimentos de: A. inversão B. eversão

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Mag Estética

Beleza feita com Arte

AUTORIZADA PELA DER CENTRO - SUL



Cursos Livres

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



- **Micropigmentação:**
 - Curso Básico
 - Especialização I
 - Especialização Médica Estética
 - Despigmatação

- Maquiagem Definitiva
- Design de Sobrancelhas
- Estética Facial e Corporal
- Permanente e Tintura de Cílios e Sobrancelhas
- Drenagem Linfática:
 - Corporal
 - Facial
- Henna para Sobrancelhas e Corpo
- Pedicuro Calista
- Reflexologia Podal

- Curso Para Cabeleireiro Iniciante e Especialização
- Eletroterapia Facial e Corporal
- Depilação
- Depilação Egípcia (com o uso de linha)
- Shiatsu
- Massagem Sentada
- Massagem Modeladora
- Maquiagem Social e Artística
- Tatuagem Artística

Inscrições:

Tel.: (11) 6161-7763

4ª Jornada de Micropigmentação

Data: 06 e 07 de Setembro de 2006
(Pós Beauty Fair 2006) • Valor: 4x de R\$ 95,00
(Conteúdo completo em www.magestetica.com.br)

Curso Manicure e Pedicuro

Periodos: Diurno e Noturno

Curso Podologia Básico

Periodos: Diurno e Noturno

Curso Pedicuro Calista

Periodos: Diurno e Noturno

Curso Técnico em Podologia

Periodos: Diurno e Noturno • 1.200 Horas
(Conteúdo completo em www.magestetica.com.br)

Curso Técnico Esteticista

Periodos: Diurno e Noturno • 800 Horas
(Conteúdo completo em www.magestetica.com.br)


—BEAUTY FAIR—
Para quem ama a Beleza e o Bem-Estar
Quem vive de beleza se encontra aqui.

Visite-nos de 02 a 05 de Setembro no Expo Center Norte, Rua 5 número 96 A.

PALESTRAS GRATUITAS
De Segunda à Sexta
Informe-se: 6161-7763

Consulte Linha Completa de Produtos para Podologia Tel.: (11) 6161-7763

Tintura e Permanente para Cílios e Sobrancelhas



Aparelho para Pedicuro Calista



Cabina de Secagem para Esmalte



Maletas para Micropigmentação



Magcolor pigmentos

Nova Linha de Pigmentos para Micropigmentação
Ligue agora e adquira já o seu (11) 6161-7763

Crems para as Mãos, Pés e Corpo HomeoMag



Kit Órtese de Instrumentos para Podologia



Kit Henna para Sobrancelhas e Tatuagens
Cores: castanho claro, médio, escuro e preto.



Av. Paes de Barros, 3237, Mooca, São Paulo, SP. Não Possuímos Filiais.
Tel.: (11) 6161-7763 • www.magestetica.com.br • magestetica@magestetica.com.br

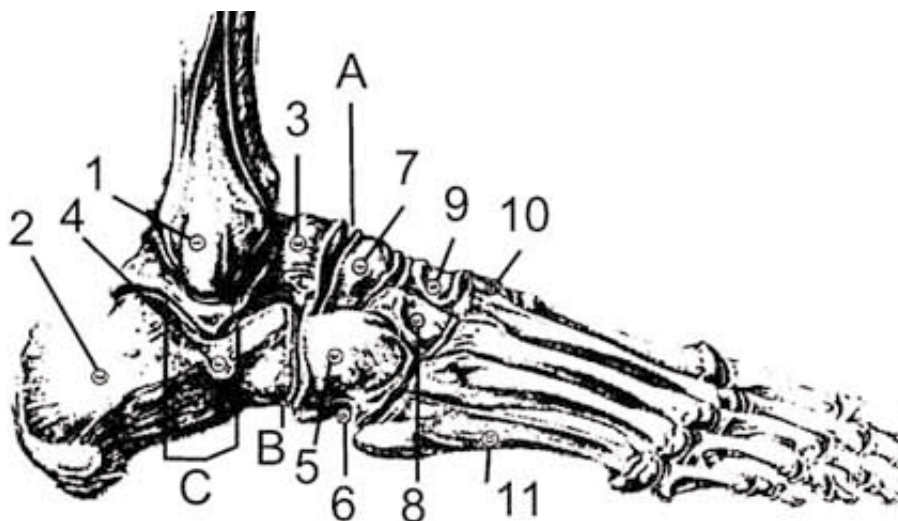


Figura 16: articulações subastragalina e mediotarsiana.

1. Maléolo externo.
2. Cálcano.
3. Astrálogo.
4. Tubérculo externo do calcâneo.
5. Cuboides.
6. Canal do peroneo lateral longo.
7. Escafoides.
8. Terceiro cuneiforme.
9. Segundo cuneiformes.
10. Primeiro cuneiforme.
11. Quinto metatarsiano.
12. Tubérculo do quinto metatarsiano.

Extensão:

motor principal: músculo tríceps sural
(gêmeos + soleo)

motores acessórios: músculo flexor longo comum dos dedos, músculo flexor longo do hálux.

Adução e rotação para dentro:

músculo fibular anterior
músculo fibular posterior
músculo extensor próprio do hálux.

Abdução e rotação para fora:

músculo peroneo lateral longo
músculo peroneo lateral curto
músculo extensor dos dedos.

ANQUILOSE ARTICULAR DA GARGANTA DO PÉ

Como complicação da insuficiência venosa crônica se observa em doentes com ulcera na área da garganta do pé ou ao redor, a nível das articulações fíbulo-peroneo astragalina, e da articulação subastragalina e da articulação mediotarsiana que se produz em retrações ligamentosas e capsulares, que fixam o pé em posições viciosas. Contribuem para isto, por um lado, a retração fibrosa periulcerosa e por outro a voluntária imobilização do pé em posição antalgica, gerando um encurtamento e atrofia muscular, especialmente do tríceps sural. Como consequência de todo este estado anatomo patológico se produz um processo de anquilose daquelas articulações, quer dizer, uma limitação ou abolição dos movimentos. O pé equino varo é a consequência tardia da fibrose cicatricial, que leva a retração paulatina das partes macias e periarticulares, favorecidas pela imobilização que dá lugar à dor.

As alterações ósseas representadas pela artrosíntese depende da mesma causa: fato que se

ve agravado na mulher pela crise hormonal do climatério. A descalcificação óssea é consecutiva a imobilização prolongada. Esta anquilose se caracteriza por apresentar endurecimento dos tecidos subjacentes á articulação dando como consequência, a abolição ou limitação de uma articulação móvil. Algumas causas de importância na anquilose são: Celulite endurecida: pela consistência acartonada que se impõe aos tecidos subjacentes como resultado da fibrose cicatricial. Ao perder a pele sua elasticidade se torna difícil, seu dobramento e deslocamento sobre os planos profundos; é assim que se fixa firmemente nas estruturas vizinhas formando um bloco. Os edemas são também causa de anquilose por alteração do sistema linfático. Este edema é preferentemente ortostático. Ao haver uma maior filtração hídrica nos tecidos, se produz um estancamento circulatório e o edema se fixa por proliferação conjuntiva.

Também se somam os estados alérgicos localizados na garganta do pé. Outra causa muito importante é a dor, porque como consequência da mesma, se adotam posições defensivas e viciosas, tanto na atit de do pé como ao caminhar, com a correspondente alteração muscular e tendinosa.

TRATAMENTO:

O plano terapêutico realizado consiste basicamente em tres medidas:

1. O tratamento da insuficiência venosa pelo cirurgião vascular.
2. Cura das infecções do pé pelo podólogo.
3. A reabilitação da articulação por parte do fisioterapeuta. ▣

Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



Autor: **Podólogo Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez**

Temos a satisfação de colocar em suas mãos o primeiro livro traduzido para o português deste importante e reconhecido profissional espanhol, e colaborar desta forma com o avanço da podologia que é a arte de cuidar da saúde e da estética dos pés exercida pelo podólogo.

- Podólogo Diplomado em Podologia pela Universidade Complutense de Madri.
- Doutor em Medicina Podiátrica (U.S.A.)
- Podólogo Esportivo da Real Federação Espanhola de Futebol e de mais nove federações nacionais, vinte clubes, associações e escolas esportivas.
- Podólogo colaborador da NBA (liga nacional de basquete de USA).

Autor dos livros:

- Podologia Esportiva - Historia clínica, exploração e características do calçado esportivo - Podologia Esportiva no Futebol
- Exostoses gerais e calcâneo patológico - Podologia Esportiva no Futebol.

Professor de Cursos de Doutorado para Licenciados em Medicina e Cirurgia, Cursos de aperfeiçoamento em Podologia, Aulas de prática do sexto curso dos Alunos de Medicina da Universidade Complutense de Madrid e da Aula Educativa da Unidade de Educação para a Saúde do Serviço de Medicina Preventiva do Hospital Clínico San Carlos de Madri.

Assistente, participante e palestrante em cursos, seminários, simpósios, jornadas, congressos e conferências sobre temas de Podologia.

Índice

Introdução - Lesões do pé

- Biomecânica do pé e do tornozelo.
- Natureza das lesões.
- Causa que ocasionam as lesões.
- Calçado esportivo.
- Fatores biomecânicos.

Capítulo 1

Explorações específicas.

- Dessimetrias. - Formação digital.
- Formação metatarsal.

Capítulo 2

Exploração dermatológica.

Lesões dermatológicas.

- Feridas. - Infecção por fungos.
- Infecção por vírus (papilomas).
- Bolhas e flictenas. - Queimaduras.
- Calos e calosidades.

Capítulo 3

Exploração articular.

Lesões articulares.

- Artropatias. - Cistos sinoviais.
- Sinovite. - Gota.
- Entorses do tornozelo.

Capítulo 4

Exploração muscular, ligamentosa e tendinosa.

- Breve recordação dos músculos do pé.
- Lesões dos músculos, ligamentos e tendões.
- Tendinite do Aquiles.
- Tendinite do Tibial. - Fasceite plantar.
- Lesões musculares mais comuns.
- Câimbra. - Contratura. - Alongamento.
- Ruptura fibrilar. - Ruptura muscular.
- Contusões e rupturas.
- Ruptura parcial do tendão de Aquiles.
- Ruptura total do tendão de Aquiles.

Capítulo 5

Exploração vascular, arterial e venosa.

Exploração. Métodos de laboratório.

Lesões vasculares.

- Insuficiência arterial periférica.
- Obstruções. - Insuficiência venosa.
- Síndrome pós-flebitico.
- Trombo embolismo pulmonar.
- Úlceras das extremidades inferiores.
- Úlceras arteriais. - Úlceras venosas.
- Varizes. - Tromboflebite.

Capítulo 6

Exploração neurológica.

Lesões neurológicas.

- Neuroma de Morton. - Ciática.

Capítulo 7

Exploração dos dedos e das unhas.

Lesões dos dedos.

Lesões das unhas.

Capítulo 8

Exploração da dor.

Lesões dolorosas do pé.

- Metatarsalgia.

- Talalgia. - Bursite.

Capítulo 9

Exploração óssea.

Lesões ósseas.

- Fraturas em geral.
- Fratura dos dedos do pé.
- Fratura dos metatarsianos.

Capítulo 10

Explorações complementares

- Podoscópio. - Fotopodograma.

- Pé plano. - Pé cavo.

Vendas: Podologia Hoje Publicações Ltda. Tel: (#55-11) 6292-8615
revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

Aprezentação de Diferentes Patologias do Pé.

Podóloga Patricia Salerno. **Argentina.**

Fotos tomadas em consultório externo.



Paciente feminina com edema por transtornos renais.



Paciente feminina com hallux valgus e dedos em garra total, isto tem como consequência helomas dorsais em ambos quintos dedos.



Paciente masculino, insulino dependente, com valores muito altos de glicemia e com pouco controle medico. Pela falta de sensibilidade o paciente fere o hallux, deixa passar o tempo e termina em amputação do dedo. Os demais dedos se apresentam quase em garra total. Com o tempo o paciente termina amputando o pé e depois a perna.

Workshops
Desfiles Feiras Shows
Congressos Apresentações

FEIRA DA BELEZA 2006. VENHA TROCAR EXPERIÊNCIAS E DESCOBRIR NOVAS TÉCNICAS E PRODUTOS.

A segunda edição da Feira e Congresso Catarinense de Beleza, irá reunir o que há de mais moderno nos setores da estética, bem-estar, cabelos, mãos e pés. Profissionais qualificados e grandes marcas nacionais e internacionais estarão apresentando novidades, lançamentos, produtos e serviços voltados ao mercado que mais cresce na atualidade, promovendo

a beleza em todas as suas formas. Uma programação completa feita pra você, incluindo feira, congresso, cursos gratuitos, workshops e palcos com apresentações, desfiles e demonstrações de produtos. A beleza está no ar na 2ª Feira e Congresso Catarinense de Beleza. Venha visitar!

Joinville, cidade sede do evento, é o terceiro pólo industrial da região Sul do Brasil. A cidade possui toda infraestrutura necessária, com rede de hotéis, bares e restaurantes para o conforto e lazer de turistas e visitantes. Com fácil acesso pelo aeroporto ou BR 101, Joinville fica a 184 km da capital Florianópolis e a 135 km de Curitiba (PR).

BELEZA 2006

2ª FEIRA E CONGRESSO CATARINENSE DE BELEZA

12 E 13 DE NOVEMBRO/2006
CENTREVENTOS CAU HANSEN
JOINVILLE/SC

DAS 14H ÀS 20H

Aninha Costa
Maquiadora
convidada de
CATHARINE HILL



Evandro Moreira
Cabeleireiro
convidado de
PROART HAIR



Selma Santos
Cabeleireira
convidada de
TAIFF



Glênio Valente
Cabeleireiro
convidado de
GAMA ITALY



Evento Paralelo:
**Congresso
Catarinense
de Beleza**

Organização
e Realização:



Informações e inscrições:
Fone/Fax: (47) 3222-3068
3037-3068
www.abraesc.com.br
abraesc@abraesc.com.br

Organização e Realização:



Apoio:



Fone: (47) 3028 0002
marktevents@marktevents.com.br
www.marktevents.com.br

Confira alguns dos Expositores e Revistas já confirmados: Apepr / Abraesc / Essenziali / Vitaderm / Perucas Estoril / Advice Master / Delta Light / Shopping da Beleza / Catharine Hill / Däum Distribuidora / Paris Cosméticos / Taill / Fing'rs / Condor / Salon Line / ProArt Hair / Central Beleza / PhysicaSul / La Vertuan / Caprio Cosméticos / Promotur / DB Clean / Márcia Cosméticos / Ny Looks / Valmar / Tuon / Buonavita / Tonederm / Mag Estética / Ga.Ma Italy / 5Cinco / Di Capim Dourado / Queensland. Vida Estética / Cabelo & Cia / Up to Date / Profissão Beleza / Look Hair / Revistapodologia.com / Personalitè / Mãos & Pés.



Paciente masculino com Pé Zambo congênito. Este paciente foi a varias cirurgias ate que abandono o tratamento médico, não realizo a reabilitação correspondente e acabou como se pode ver na foto. Também pode se observar na perna esquerda como a massa muscular é mais delgada que a direita. O paciente apóia somente o calcanhar.



Paciente feminina com superposição do segundo dedo, por cima do primeiro e ocasionando heloma dorsal no segundo dedo, apresentando um pé com metatarso vencido e totalmente plano.



Paciente feminina: quarto dedo por cima do terceiro.



Paciente feminina apresenta desviação do quinto dedo por cima do quarto.

www.revistapodologia.com

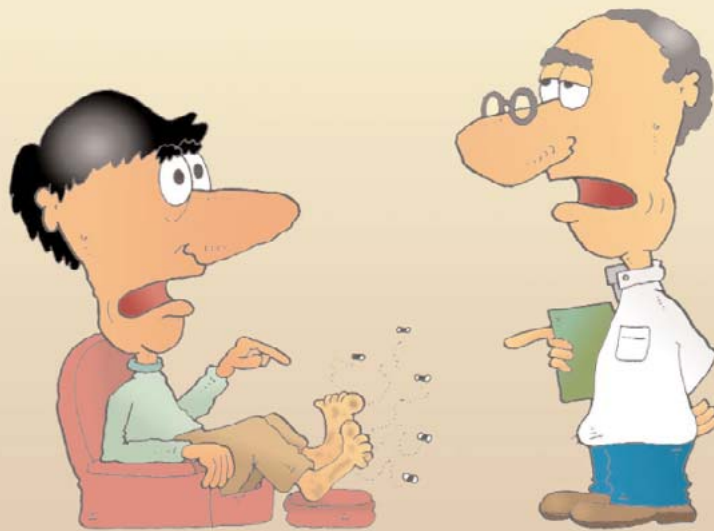
Desde 1997 en internet
informando a los profesionales
de la salud y la estética del pie.

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

Productos, Guia de Empresas, Guia de Profesionales, Guia de Eventos, Guia de Instituciones, Donde Estudiar: cursos ... e muito mais !!!

EM UMA MATÉRIA LI QUE OS PÉS SE CLASSIFICAM EM TRÊS CLASSES, GREGO, EGÍPCIO E CUADRADO. SIENDO VOCÊ PODÓLOGO COMO CLASSIFICA OS MEUS ?

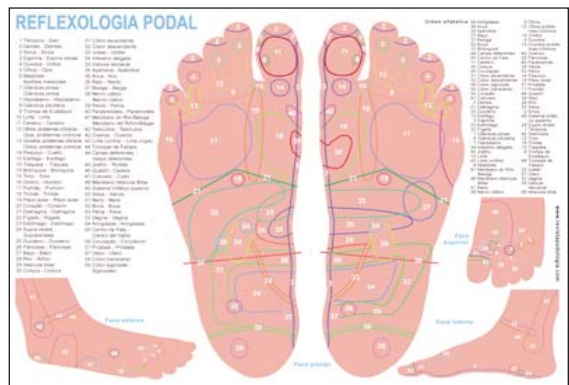
SUJOS



TECHU

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



REFLEXOLOGIA PODAL



Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Email: revista@revistapodologia.com - revistapodologia@gmail.com
Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com