

revista podologia .com

Nº 13 - Abril 2007

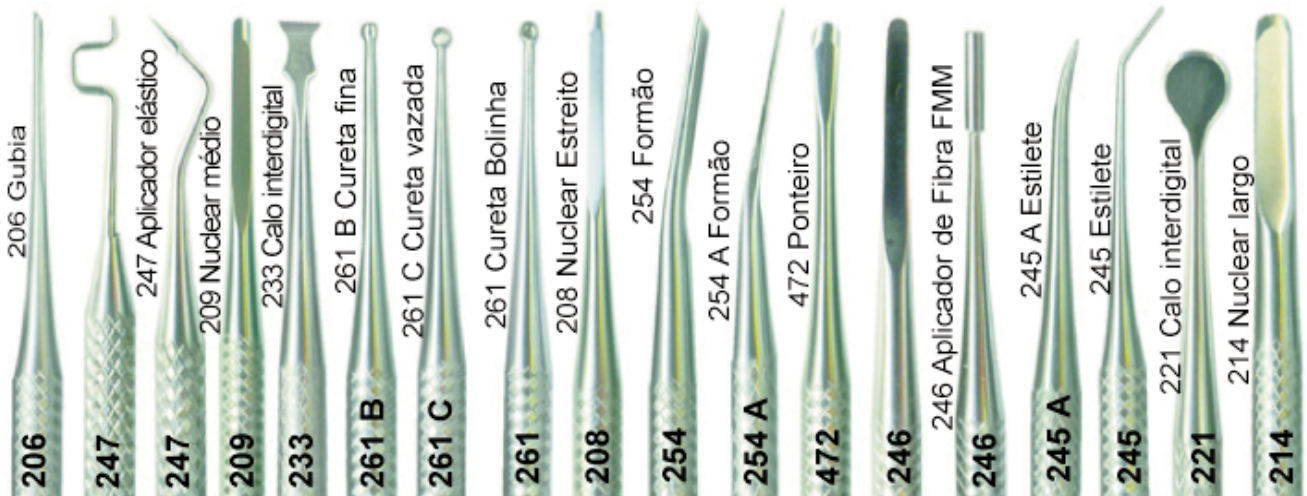
Revista Digital de Podologia

Gratuita - Em português





Instrumentais podológicos finos e produtos inovadores para o ramo da saúde dos pés, para fazer intervenções mais simples e eficazes.
Telfax: (#55-11) 3906-0273 / 3909-7519 - São Paulo - Brasil



Inst. p/ Manicures



Tesouras, mathie, castroviejo, pinças, etc.

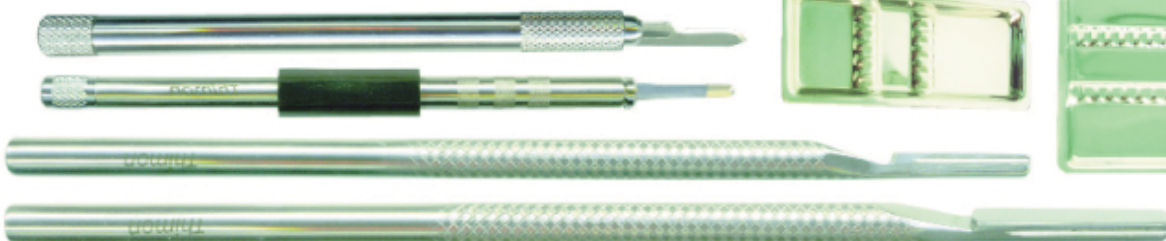


Dapen inox



Bandejas Inox

Cabos para lâminas descartáveis



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

revistapodologia .com

revistapodologia.com n° 13
Abril 2007

Diretora científica
Podologa Márcia Nogueira

Diretor comercial: Sr. Alberto Grillo

Colaboradores de esta edición:

Podologa Patricia Salerno. **Argentina.**
Pooólogo Jorge García Moreno. **Argentina.**
Podologo Marco A. Cuello Cardoza. **Chile.**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 34.

Capa: capa da Revista Podologia
Argentina n° 5 - Abril de 1997.

ÍNDICE

Pag.

4 - Podopediatria.

7 - O desenvolvimento do pé. Parte II.

33 - Patologias geriátricas.

34 - Metatarsalgias.

Podologia Hoje Publicações Ltda.

Tel: #55 19 - 3365-1587 - Campinas - Brasil

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

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

Podopediatria.

Podologo Marco Antonio Cuello Cardoza. Chile.

As alterações ortopodológicas e onicodactilares, que se desenvolvem nas crianças não são muitas.

Por tanto devemos aplicar todos os recursos técnicos e humanos necessários para permitir que nos primeiros anos de vida a criança possa solucionar em forma definitiva as alterações onicodactilares e ortopédicas, que com o transcurso da vida faram para ele um caminho tortuoso e de difícil solução.

É nesta etapa onde devemos antecipar as complicações realizando um estudo minucioso conforme os antecedentes clínicos e familiares detectados na valoração previa.

O constante crescimento do pé da criança, especialmente nos primeiros 6 anos de vida que evoluciona e cresce cada 8 semanas, permite realizemos tratamentos que a curto prazo tenham resultados positivos.

Especialmente os relacionados com acentuada curvatura da unha. Motivo este de freqüente consulta por parte dos pais.

As curvaturas pronunciadas na unhas tem sua etiologia mais freqüente no uso do calçado inadequado, forçando o pé das crianças a adaptações viciosas dos dedos e por conseguinte á rotação do seu eixo natural (para se acomodar dentro do calçado). Se somarmos também a presença de meias muito justas teremos como resultado um pé submetido a pressões e superposições viciosas.

Outro tema freqüente é a marcada tendência das patologias hereditárias ungueales e ortopédicas. Que sem duvidas, com o agravante do calçado terminara a curto prazo com um pé que desenvolvera inevitavelmente alterações.

O desenvolvimento e evolução das técnicas podológicas colocaram a nossa disposição inumeráveis alternativas de tratamentos, dentre os quais destacarei os que ao nosso ponto de vista e experiência clinica tem dado resultados imediatos ou a curto prazo.

Assim evitaremos que nossos pequenos pacientes sejam submetidos á inevitáveis procedimentos cirúrgicos, que marcam tanto á família como aos pequenos dedos de nossos pacientes.



Caso 1 - José



Caso 1 - José



Caso 1 - José

Descreve-se uma técnica de correção da curvatura da unha com botões de uso em ortodontia. Ortoniquia (unha direita).

CASO 1

Paciente:

José Ignácio, de 6 meses.

Curvatura exagerada da lamina ungueal em ambos hallux.

Perionixitis no canal ungueal interno.

O paciente é controlado por seu pediatra e foi derivado á cirurgia para fazer protocolo de cirurgia ungueal com plastia bilateral da matriz.

Procedimento podológico:

Aplicação de banda tensora elástica em formato de corrente e amarre com botões bilaterais.

Resultado:

Tres semanas de uso. Resultado evidente.

É derivado novamente ao cirurgião infantil, para que a equipe medica avalie o trabalho feito pelo podólogo.

É dado de alta as 4 semanas.

CASO 2

Paciente:

Lucas, 8 anos, pratica artes marciais.

Foi derivado ao cirurgião traumatologista para realizar a alinhção do 2º dedo do pé direito.

Apresenta uma infra-adução do 2º dedo e hiperextensão do hallux, calcâneo valgo bilateral.

Procedimento podológico:

Moldado de orteses poli digital em silicone semi-branda.

Palmita ortopédica desenhada a partir de podoscopia digital.

6 meses de uso da orteses.

Resultado:

Alinhção quase completa dos seus dedos, evitando uma solução cirúrgica.

Deve continuar com o tratamento durante os próximos 18 meses.

CASO 3

Paciente:

Martín, 8 meses.

Tratado por medico pediatra por processo inflamatório dos seus hallux.



Caso 2 - Lucas



Caso 2 - Lucas



Caso 2 - Lucas



Caso 2 - Lucas

Derivado para cirurgia digital com anestesia geral.

Apresenta onicocriptoses com rodete-patia esquerda (rodete interno) e rodete-patia direito (canal interno). Antecedentes diretos do pai com patologias similares.

Procedimento podológico:

Com ordem medica realiza-se rodete-plastia bilateral e aplicação de fenol no canal interno bilateral, com anestesia local troncular.

Resultado:

Ao mês se da alta do procedimento e depois de 6 meses alta definitiva.



Caso 3 - Martín - Pé esquerdo, antes.



Caso 3 - Martín - Pé esquerdo, depois.



Caso 3 - Martín - Pé direito, antes.



Caso 3 - Martín - Pé direito, depois.

www.revistapodologia.com

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

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

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

O Desenvolvimento do Pé. Parte II (fim).

Podologo Jorge García Moreno. Argentina.

LESÕES DO PÉ

Ocorrem em qualquer estrutura quando as forças que lhes são impostas resultam maiores que sua potencia inerente. No pé se produzem quando e submetido a excesso de trabalho, e seus efeitos podem manifestar-se em articulações ligamentos ou músculos, mediante alterações inflamatórias de maior ou menos seriedade em proporção ao grau de esforço. Assim quando este é brusco e severo pode dar por resultado uma deslocação, ou a ruptura de um ligamento ou músculo, enquanto que se sua ação é lenta e gradual, pode originar o fortalecimento progressivo de uma articulação ou a alongação de um ligamento.

Um pé normal, submetido a um uso normal, tem uma margem considerável de capacidade fisiológica, que permite uma moderada hiperatividade intermitente.

Na adolescência e começos da vida adulta, o aumento da atividade, se é graduado e com adequados períodos intermitentes de descanso, da por resultado um aumento da potencia muscular e da força dos ligamentos.

O exercício graduado, alternado com repouso, é o principio básico do treinamento físico. As lesões ocorrem no pé quando se fazem excessivas demandas ao mesmo, de modo demasiado brusco ou muito tardiamente. A resposta é de adaptação á função e se manifesta principalmente com inflamação de músculos, ligamentos e partes brandas subcutâneas.

Os esforços impostos aos músculos podem produzir uma forma de miosites que causa dor, sensibilidade, e algumas vezes câimbras em seus ventres musculares, tenosinovites em suas vainhas tendinosas com rigidez e dor ao movimento ou inflamação ao nível de suas inserções.

O esforço imposto aos ligamentos e fascias causam sua hiper-distensão, com a inflamação resultante ao nível de suas inserções e também possivelmente dentro de sua mesma estrutura. Os esforços impostos aos tecidos subcutâneos levam a lesão dos paquetes fibro-adiposos ao nível do calcanhar e das cabeças metatarsianas.

A extensão na que o pé pode sofrer lesões e o tipo de estrutura afetada principalmente pelas

mesmas dependem do tipo de pé e a natureza da lesão. Nos pés de estrutura laxa e elástica, os ligamentos e as fascias estão relativamente relaxados e são menos susceptíveis a hiper-distensão, assim que os efeitos dos excessos de trabalhos recaem principalmente sob as estruturas não elásticas; e dizer os ligamentos e fascias.

O esforço da excessiva permanência em pé recai sob os ligamentos, enquanto que os de caminhar ou correr em demasiada atuam principalmente sob os músculos. Os esforços podem afetar somente uma estrutura, ou um grupo delas.

Por exemplo, o tibial anterior pode estar particularmente afetado no caso de um soldado jovem que leve botas pesadas durante largos período e este submetido a caminhadas e marchas as que não se tem acostumado. A lesão ocorre aqui principalmente pelo peso adicional que tem que ser levantado cada vez que o pé é levado a flexão dorsal.

Similarmente o ligamento deltóides isolado pode chegar a lesionar-se se o pé é evertido bruscamente. Alternativamente, pode chegar a sofrer um grupo muscular como ocorre quando, por exemplo, se adapta um passo anormal, para evitar uma lesão dolorosa. Em contradição estas formas particulares de lesão, porém, o termino "lesão do pé" conleva uma condição na que as partes brandas estão em geral afetadas e o pé em conjunto esta seriamente alterado em sua função.

Reconhecem-se duas formas clinicas desta afecção: aguda e crônica. A variedade aguda ocorre principalmente na adolescência ou nos começos da idade adulta, e se caracteriza pelos sintomas agudos e uma iniciação rápida. A variedade crônica se vê em pessoas de idade media ou mais tarde em quem tem usualmente excesso de peso e os sintomas são menos agudos e a iniciação mais gradual.

CAUSAS

Podem classificar-se nos quatro grupos seguintes:

1. Vocacional:

O trabalho inicial dos adolescentes como

aprendizes, mensageiros ou empregados de supermercados; adultos que passam longas horas sob seus pés e ou levando cargas pesadas, como sucede com as donas de casa, enfermeiras, policiais, porteiros e garçons.

2. Sistemática:

Em pacientes com fraqueza geral, como por exemplo depois de doenças e com desenvolvimento muscular pobre e nos obesos.

3. Defeitos dos pés:

Os defeitos de estrutura ou postura predis põem o pé a machucar-se por torná-lo instável, e assim inadequado para suportar os níveis incluso normais de atividade.

A presença de lesões dolorosas no pé podem induzir a adotar um passo anormal como medida de proteção, que pode resultar em uma lesão do pé de caráter geral.

4. Contribuintes:

As superfícies duras alteram as articulações e partes brandas que integram o mecanismo absorvente de injurias do pé, e particularmente se afetam os policias e carteiros.

As superfícies indevidamente brandas, tais como almofadas espessas, demandam um esforço maior de energia muscular e contribuem assim aos danos musculares em garçons e camareiros.

As atmosferas calorosas agravam qualquer inflamação resultante de lesões, como o caso de cozinheiros e fogões; o descuido no tipo de calçado que dão um sustento inadequado ao pé como os sapatos, e o emprego de sapatos com solas muito delgadas são hábitos comuns nas donas de casa.

E os câmbios bruscos de saltos altos a outros baixos podem também ajudar a precipitar as lesões.

LESÃO AGUDA DO PÉ

Nesta situação o paciente se queixa de dor e cansaço nos pés, primeiro somente para o final do dia, mas ao continuar a atividade aparece mais cedo e piora rapidamente.

Em seus começos, os períodos de repouso calma os sintomas, mas ao piorar a situação a inatividade induz a rigidez nos pés e tornozelos, particularmente pelas manhãs mas sem embargo desaparece com exercícios, tão só para retornar mais tarde.

Freqüentemente, o paciente se queixa de sentir os pés muito quente e "ardente" e com excessiva sudoração. Ao exame os pés estão quentes e sensíveis ao tato, e usualmente são hiperidróticos. Os pontos específicos de sensibilidade são suscetíveis de encontrar-se ao nível das inserções do ligamento calcâneo-escafóides inferior, a fascia plantar, e ao nível das articulações tarsianas medias, e também nos ventres dos músculos das panturrilhas, ou no tendão de Aquiles.

Pode notar-se inchaço e congestão venosa, particularmente no peito do pé. Podem não se encontrar modificações anormais dos contornos ao suportar o peso do corpo. Estes sintomas são o resultado da inflamação traumática de articulações, ligamentos e músculos, por excesso de esforços, com efusão serosa nos espaços intersticiais.

Junto com a historia clinica, estabelecem o diagnostico. Sua significação na deambulação, e no derrube progressivo do pé estão impressos no paciente.

A primeira parte do tratamento e reduzir a inflamação. O descanso e de importância primordial, e se e possível, se aconselhara repouso absoluto em cama durante uns poucos dias ate que ficam os sintomas agudos. Os banhos de contraste duas ou três vezes diariamente são úteis para promover a absorção e drenagem, e eliminar a dor e a rigidez. Tão pronto à inflamação tem cedido suficientemente, se aplicarão um acolchoado de silicone e uma faixa para sustentar os tecidos lesionados e se indicara uma atividade graduada cuidadosamente.

A faixa se aplicara desde imediatamente por detrais dos dedos ate por cima do tornozelo, incluindo totalmente pé e tornozelo; e durante sua aplicação ao pé devera ser sustentado ligeiramente invertido. Pode incluir-se em esta faixa, se desse, um acolchoado suave de filtro devido a natureza elástica do material, a durabilidade desta imobilização esta limitada a uma semana ou dez dias.

Tão pronto o pé esta substancialmente livre de dor, se eliminara a faixa e se indicarão exercícos graduados para fortalecer os músculos, se e necessário, se seguira com o sustento temporário mediante almofadinhas de suporte inser-tos dentro do calçado.

E essencial que os exercícos sejam prescrito com exatidão e se lhes apliquem inteligentemente para que sejam de real valor; o paciente será examinado freqüentemente e se lhe demonstrará o programa de exercícos de modo que seus defeitos possam ser observados e corrigidos.

Também se considera a eliminação se é possível das causas básicas de processo. Um cambio, uma modificação na ocupação pode ser aconselhável para evitar o prolongado suporte do corpo sem descanso. Se isto fracassa se indicara a maioria períodos de descanso mantendo elevados pés e pernas todo o que seja possível. Pode ser necessário algum dispositivo permanente de suporte durante as horas de trabalho, mas a ele deve agregar-se alguma restrição de atividades.

Em casos de fraqueza geral ou obesidade, se indicara recorrer ao medico. Se existe qualquer defeito do pé se lhe remediara na medida do possível, ou de outro modo se lhe buscara alguma forma de adaptação para reduzira seus efeitos perniciosos sob o pé em conjunto. Aconselharão-se sapatos bem adaptados, com feche de cordões, e contrafortes firmes.

LESÃO CRÔNICA DO PÉ

A afecção e comum entre as pessoas de idade media e senil.

Usualmente tem uma longa historia de dor de pés, e com freqüência também nas pernas, coxas e parte baixa das costas, que e muito variável em caráter, grau e duração.

Em suas formas diretas, a incomodidade é intermitente e pode não ser mais que uma dor

vaga e cansaço. Nos casos mais graves a dor e mais ou menos constante e faz que uma atividade sustentada resultante intolerável.

Nos pés, a dor e tipicamente referida aos tornozelos e ao arco longitudinal, mas os sintomas do antepé estão também comumente presentes baixo forma de metatarsalgia, calosidades plantares e helomas. Ao suportar o peso do corpo, o pé e instável e usualmente tende a aplanar-se e alongar-se à medida que as pequenas articulações do tarso enfrentam excessivamente o peso sob posto as veias debaixo do arco longitudinal e em torno à articulação do tornozelo mostram freqüentemente sinais de varicosidade.

O paciente e comumente de peso excessivo, o da uma historia de prolongado suporte de peso corporal. Na maioria destes casos a afecção se tem desenvolvido insidiosamente ao longo de um longo prazo, resultando eventualmente, o persistente padecer na distensão e relaxação dos ligamentos de sustento, de modo que o pé já não e estruturalmente estável.

Nas etapas finais, as pequenas articulações do tarso podem ser assento de discretas alterações artríticas. As modificações patológicas se fazem então irreversíveis e o tratamento e dirigido a



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

aliviar os sintomas. O processo lida com o pé ligamentoso, que se descreve mais adiante.

Nas etapas iniciais do tratamento estão indicados as faixas e almofadinhas adesivas segundo as alinhações gerais sugeridas para tratar os casos agudos como medida temporária para melhorar a dor dos pés e tornozelos, e proteger as lesões plantares dolorosas. Porém, tão pronto o pé se faz relativamente confortável, se requerem formas mais permanentes de sustento e proteção, incorporando os detalhes da almofadinha temporária que tinham demonstrado ser mais bem sucedidas.

Os suportes feitos individualmente em base a moldes de gesso são sem duvida os mais satisfatórios. O começo essencial do tratamento e o suporte do arco longitudinal suficientemente como para prevenir que assuma uma atitude de deformação ao suportar o peso corporal, liberando-o por consequência do sofrimento ao nível de seus ligamentos, e controlando a alongação excessiva, que é principalmente responsável dos sintomas dolorosos no antepé. Este sustento estará dado por uma almofadinha bem adaptada por baixo do peito do pé, de uma estrutura suficientemente firme como para não ceder a pressão nem ser tão dura como para resultar intolerável.

De acordo com o peso e as atividades do paciente pode usar-se com este propósito filtro, goma o couro, colocando o dispositivo ou incluindo-o em uma palmilha, de modo que possa passar-se de um a outro sapato. Ademais, pode incorporar-se uma almofadinha para proteger as lesões metatarsianas.

Aconselhara-se ao paciente que regule suas atividades para evitar excessos a medida do possível, e também que escolha um calçado adequado que, ademais terá um reforço para prover de um firme sustento ao suporte interno. Pedir-se o conselho medico em presença de qualquer fator de índole geral, tal como obesidade ou debilidade geral.

As lesões associadas requerem uma atenção periódica.

DEFEITOS ESTRUTURAIS E POSTURAI QUE AFETAM O PÉ

A costume bem estabelecido de designar as incapacidades por seu detalhe clinico mais característico produz alguma confusão quando feitos clínicos similares resultam de fatores etiológicos e patológicos diferentes.

Em nenhuma parte é mais evidente que no que respeita o complexo de alterações do pé

descritas diversamente como pé plano, pé valgo, pé plano valgo, tornozelo valgo, etc.

Pode diminuir esta confusão se temos em conta que tais términos são simplesmente descritivos de uma atitude ou postura e não constituem um diagnostico.

Com o propósito de estabelecer diagnósticos destas alterações, se terá referencia ao critério básico da estrutura normal e função normal, e dizer:

Estabilidade estrutural, ou seja, a inerente estabilidade da estrutura do pé mantida pela disposição normal dos ossos e ligamentos do pé e

Estabilidade postural, e dizer, a relação correta do pé a respeito da perna, mantida pelo equilíbrio muscular, e a forma e alinhação dos ossos da perna.

Este método de abordagem faz mais fácil discriminar entre as mulheres diferentes condições referidas comumente a ditos términos, e também a subdividi-las, de acordo a natureza do erro essencial já seja como defeitos intrínsecos de estrutura ou a defeitos extrínsecos de postura, as principais perturbações em cada grupo são como segue:

A- DEFEITOS DE ESTRUTURA:

- 1- Pé plano ligamentoso.
- 2- Primeiro metatarsiano incompetente.
- 3- Pé plano congênito
- 4- Pé plano traumático.
- 5- Sinostoses do tarso.

B - DEFEITOS DE POSTURA:

- 1- Desequilíbrio muscular.
- 2- Torsão tibial.
- 3- Genu valgo
- 4- Genu varo.

Os defeitos estruturais e posturais tendem a predispor uns aos outros e coexistem com frequência, de modo que em um caso estabelecido não é sempre possível distinguir entre fatores primários e secundários.

Por exemplo, o genu valgo e o pé plano ligamentoso geralmente ocorrem juntos favorecendo a presença de um ao desenvolvimento do outro.

Na análise clinica de tais alterações e conveniente estabelecer distinções entre os três seguintes fatores clínicos:

Aplazamento da curva esquelética:

Do arco longitudinal em um grau que é anor-

mal para um pé em particular, vai seja de arco mediano, alto ou baixo. Em casos extremos, os ossos do tarso do lado interno fazem contato com o solo de maneira que a concavidade do arco desaparece.

Isto representa uma ruptura da estrutura óssea e ligamentosa do pé; e dizer um caso de instabilidade estrutural.

Uma atitude do valgo no pé:

Na qual o pé é forçado em uma postura de eversão pelo peso corporal sobrecarregado.

Observando desde atrás se faz aparente uma angulação entre o eixo da perna e o do calcâneo.

Esta eversão do calcânhar, freqüentemente mais não de modo invariável, induz a um encurvamento para fora do tendão de Aquiles, imediatamente por cima de sua inserção, o que se denomina "signo de Helbin". A forma e contorno do arco ósseo longitudinal podem persistir inalterados e somente parece ser mais baixo devido a que esta inclinado sob seu lado interno.

Em alguns casos. Realmente, é a altura anormal do arco a que faz o pé posturalmente instável. Geralmente se usa o termino "pronação" para descrever esta postura do pé.

Abdução:

Na que o detalhe essencial é uma inclinação para fora do pé sob a perna, formando os dois pés um ângulo substancial entre eles. Esta posição com os dedos para fora pode ser de pouca ou nenhuma conseqüência na posição do pé, posto que aporta uma base mais ampla de sustentação ao corpo, que se os pés estivessem colocados juntos e paralelos.

Ao caminhar, porém, a ação do peso é dirigida obliquamente a traves dos pés desde a borda externa do calcânhar até a borda interna do antepé.

Isto se reflete no desgaste anormal do sapato em estas partes, estes três detalhes clínicos se encontram agrupados em muitos casos, ainda que não em todos. Sua identificação separada ajuda a determinar a natureza essencial da perturbação.

A- DEFEITOS DE ESTRUTURA

A.1. Pé plano ligamentoso

Esta afecção se encontra mais comumente ao final da adolescência ou na idade adulta como seqüela de lesões agudas ou crônicas dos pés.

Os ligamentos plantares de sustento tem

chegado a alongar-se como resultado de esforços persistentes de modo que o arco longitudinal se aplanam quando suporta o peso do corpo. A causa excitante é o sustento uma carga excessiva, mais freqüentemente de um caráter vocacional.

O suporte do peso do corpo excessivo ou prematuro na infância, pode ser causa contribuinte em alguns casos. O pé longo e estreito e menos forte intrinsecamente que seu tipo oposto, e suscetível assim de ceder ante esforços continuados.

Em alguns pés desse tipo de sustentáculo tali pode estar mal desenvolvido de modo que a cabeça do astrágalo, especialmente se tem também um pescoço longo, faz protrusão excessivamente mais para lá da borda anterior do calcâneo e se encontra assim em alguma extensão desprovido de um sustento ósseo firme.

Os efeitos secundários aos quais pode dar lugar ao aplanamento do arco, são:

- abdução do ante pé, e

- formado de garra dos dedos laterais com os conseguintes helomas dorsais, distais e interdigitais.

Uma postura ao valgo do pé sob a perna; dor e dureza metatarsianas por alongação do pé e perda da função dos dedos, a borda interna do antepé e sobrecarregado proporcionalmente e possivelmente batendo, de modo que tem predisposição ao hallux valgus ou hallux rigidus se descrevem quatro graus:

a) Voluntário: no qual o arco pode ser restaurado ao permanecer de pé, mediante contração voluntária dos músculos inversores.

b) Resistente: na qual o esforço muscular é insuficiente para restaurar o arco, mas a correção pode ser feita mediante manipulações pelo podólogo.

c) Rígido: na qual a manipulação falha no remodelado do arco, devido a presença de aderências.

d) Permanente: no que as alterações ósseas vão fixando o arco em seu estado aplanado. Os detalhes secundários já descritos são naturalmente mais acentuados nas etapas finais da afecção.

A dor é mais acentuada nas etapas iniciais e esta em proporção a lesão dos ligamentos, a cujas inserções esta principalmente referido, a

PODOLOGÍA BANEGAS



Instituto Podológico Argentino
Investigación, Desarrollo y Docencia.

Director Podólogo
Carlos Alberto Banegas

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

CURSOS ACTUALIZADOS - TÉCNICAS EXCLUSIVAS

CURSOS

Terapeutica Podológica

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

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

Podologia Diabetológica

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

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

Pododiagnostico Presuntivo

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

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



Elaboración de ortesis plantares



NUEVO CURSO

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

SEMINARIOS

El podólogo como educador de la salud.
- REIKI.

INPOAR - Instituto Podológico Argentino
Investigación, Desarrollo y Docencia.

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

parte da incomodidade dos sintomas compressivos secundários.

Uma vez que os ligamentos se tem alongado e o pé tem finalmente cedido a sua forma de aplanamento, pode chegar a ser relativamente indoloro, mas a postura em valgo combinada a perda da mobilidade nas articulações do tarso da por resultado uma marcha do pé plano com os pés girados para fora. A conseqüente perda de equilíbrio e nivelção e elasticidade no passo, e parcialmente compensada pela flexão exagerada dos joelhos durante a locomoção.

Como os ligamentos são o principal sustento do arco ósseo, o mais importante objetivo do tratamento e compensar sua não adaptação mediante a provisão de um suporte externo complementar. Nas etapas iniciais, pode obter-se uma rápida melhoria mediante a aplicação de almofadinhas de silicone.

No pé ainda móvel, se instituirão exercícios e movimentos depois que aquele esteja relativamente livre de dores. O pé, sem suportar o peso do corpo, será exercitado ativa e passivamente em toda a amplitude dos movimentos normais para manter e melhorar a mobilidade das articulações.

O caminhar em ponta do pé exercita os músculos contra a ação da gravidade e melhora o tom muscular de modo que apótem sustentem aos ligamentos na deambulação. Como a contração voluntária não pode ser mantida indefinidamente, não pode, porem, esperar-se a restauração dos contornos originais do arco longitudinal no pé estático.

A laxitude ligamentosa numa alteração crônica e o arco esta permanentemente mais ou menos aplanado, mas o mantimento do tom muscular e da mobilidade articular mediante uma atividade graduada asseguram que a dor e a limitação funcional sejam mínimos.

A.2. Primeiro metatarsiano incompetente

O primeiro metatarsiano pode ser em certa extensão incompetente como elemento de suporte do peso corporal, se resulta (A) muito curto ou (B) hipermóvil de modo que esta elevado em relação as outras cabeças metatarsianas a sustentar o peso corporal. Desprovido do firme sustento da parte interna de sua pular anterior, o pé gira para uma atitude em valgo.

Esta, a sua vez, agrega um esforço adicional sob a borda interna. O defeito pode ser compensado parcialmente mediante a flexão plantar do dedo gordo. A articulação interfalângica se ocupa

da função de sustento do peso corporal que corresponde a cabeça do primeiro metatarsiano, e ao estar sobrecarregada pode dar lugar a um heloma ou a uma dureza.

A articulação metatarsofalângica e mantida mais ou menos rígida pelo flexor curto do dedo gordo, e certa rigidez adaptativa desta articulação pode ultimamente conduzir a certo grau de hallux rigidus ou flexus.

Ocasionalmente, o dedo gordo esta flexionado em uma tentativa de manter a cabeça do primeiro metatarsiano em firme contato contra o solo. Isto pode a sua vez conduzir a uma deformação em flexão da articulação interfalângica em cujo dorso pode assentar-se um heloma ou uma bursites.

Esta deformação do dedo gordo também pode ser congênita, ou adquirida como resultado de impactos persistente na infância e juventude.

A incompetência do primeiro metatarsiano leva também a produzir a abdução do pé ao caminhar, posto que esta postura minimiza a incapacidade do metatarsiano como alavanca.

O encurtamento do metatarsiano pode ser compensado mediante uma plataforma ou almofadinha debaixo da cabeça do primeiro metatarsiano para restaurar o contato, durante o suporte do peso do corpo, entre o osso e o sapato. Pode ser previsto adaptando a uma palmilha, ou colocando dentro do sapato.

Como regra geral se combinara uma almofadinha a um valgismo para sustentar a borda interna e estabilizar o pé. A hipermobilidade do pé, usualmente demanda uma compensação similar, já que os esforços para frear a laxitude articular mediante faixas são usualmente ineficazes baixo a ação do peso do corpo.

A.3. Pé plano congênito

Em esta situação, o arco esquelético mostra já desde o nascimento ou a primeira infância marcadamente plana e incluso convexo em sua cara plantar. Usualmente, a radiografia revela que o astrágalo tem assumido uma posição anormalmente perpendicular, de modo que sua cabeça esta apontando para baixo como uma cunha entre o calcâneo e o escafoídes.

Acredita-se que isso e o resultado de uma má posição do pé na vida intra-uterina, estando o pé em uma posição de dorsiflexão extrema, com a planta flexionada contra a parede uterina, e o dorso contra a cara exterior da perna.

O tendão de Aquiles e anormalmente laxo. Este processo requer um tratamento ortopédico precoce.

A.4. Pé plano traumático

Acontece como deformação residual depois de um traumatismo severo do calcanhar ou tornozelo. Tais como fraturas em abdução ou deslocamentos, ou entorsis severas do tornozelo.

A almofadinha protetora pode ser requerida para acomodar a deformação e reduzir os sintomas compressivos locais.

A.5. Sinostoses astrágalo calcânea

Es esta uma anomalia da estrutura óssea que se faz aparente na adolescência quando esta por completar-se a ossificação destes elementos.

Toma a forma de uma ponte óssea entre o sustentáculo tali e a cara inferior do astrágalo. Se obstrui assim o movimento na articulação subastragalina, e o pé é mantido rigidamente em uma posição de eversão fazendo a deambulação dolorosa e incomoda.

Os perônios podem adaptar-se por si mesmos, com o tempo, a perda da inversão, e chegam a encurtar-se. O tratamento é cirúrgico.

A.6. Sinostoses calcâneo escafóidea

Pode desenvolver-se uma barra óssea similar entre o ângulo anterior interno do calcâneo e o reborde posterior externo do escafóides.

Os efeitos são similares aos da afecção antes nomeada, assim como o tratamento.

B - DEFEITOS DE POSTURA

B.1. Desequilíbrio muscular

A alinhamento normal entre o pé e a perna é mantida mediante o tom postural dos músculos da perna; os flexores e extensores controlam o equilíbrio anterior posterior ao nível da articulação do tornozelo, enquanto os inversores e eversores controlam o equilíbrio lateral interno ao nível das articulações mediotarsiana e subastragalina.

A pouca eficácia do grupo inversor permite que o pé gire em valguismo quando suporta o peso do corpo. Como defeito primário, este tipo de pé em valgo ou em pronação se vê mais comumente nas crianças quando, ainda que usualmente indolora, e portador possível de uma ulterior função inadequada se não é corrigida.

Geralmente forma parte de um quadro geral de má postura nas crianças com costas arredondadas e peito afundado, indicadores de uma hipotonia muscular generalizada. O estreitamento do calcâneo como pilar de sustento do peso corporal pode ser um fator contribuinte no pé imaturo.

Os músculos do tronco e a pélvis afetam as

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFECÇÕES!

HomeoPast

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



RESULTADOS SURPREENDENTES!

Altamente Hidratante e Cicatrizante
Contém Extratos de Plantas Medicinais

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

Um descanso para os pés!



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



HomeoClean Loção Emoliente
HomeoCreme Hidratantes com Cera de Abelha e Silicose
HomeoGel Gel Hidratante Calmante
HomeoPast Creme para Fissuras
HomeoAmole Amolecedor de Cutículas
HomeoLoção Loção Hidratante c/ Mentol

HomeoFeet Protetor para hidratação
Novidade!

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

relações do pé com a perna. Assim a laxidade postural geral do tronco produz uma inclinação anterior da pélvis, como relaxamento dos músculos glúteos, permitindo que a coxa e a perna girem para dentro com os maléolos enquanto que o resto do pé é fixado mediante a pressão do solo.

Como resultado da má posição do pé, os esforços de sustento corporal, atuam excessivamente para a borda interna, assim que os ligamentos estão em perigo de ser danificados ademais das inserções dos inversores já ineficazes.

Esta possibilidade de sofrimento está grandemente aumentada ao deambular, pois o peso passa para a frente, até o lado interno do antepé e o esforço excessivo vem a ser tolerado sob a cabeça do primeiro metatarsiano e o dedo gordo.

Se a borda interna do antepé resulta em qualquer grau, incompetente como alavanca, como no caso de um primeiro metatarsiano curto ou hipermóvil, ou por pronação do antepé, o grau de pronação é necessariamente mais acentuado.

Ademais, devido à atitude no valgo do pé, o empurre do passo é transmitido através da borda interna mais que da cara plantar do dedo gordo, tendo assim a forçar este em uma posição em valguismo.

Uma conseqüência ulterior da fraqueza do tibial anterior e que perde parte de sua potência como flexor dorsal do pé, e obriga assim aos extensores longos dos dedos a trabalhar com excesso em compensação. Por sua vez, produz retração dos dedos, e aumenta sua possibilidade de padecer hematomas dorsais assim como reduz sua eficácia como alavancas de modo que as cabeças metatarsianas estão submetidas a um sustento do peso corporal aumentado. Os lombicais e interósseos estão dominados pelos extensores extrínsecos mais poderosos chegando a ficar exaustos e ineficazes e desse modo incapazes para manter os dedos na posição normal ereta.

O tratamento local está destinado a evitar a má posição do calcanhar ao suportar o peso do corpo mediante o agregado de uma cunha no lado interno do salto, e ao melhorar o tom muscular dos inversores mediante exercícios.

Esta é contra-indicada o sustento direto do arco longitudinal. A cura no salto (de 1/16 a 3/16 de polegada) se aplicará tão cerca do pé como se possa. E de preferência no interior do calçado, já seja aplicada na parte do calcanhar inversão para colocar as plantas dos pés em oposição, estando de pé, com o fim de exercitar os músculos contra a ação da gravidade.

A cunha no calcanhar se retirará quando o tom

muscular tenha melhorado suficientemente como para manter a estabilidade sem ajuda.

Usarão-se sapatos como feche de cordões e saltos largos.

O desequilíbrio também ocorre entre os grupos extensores e flexores. Clinicamente, e mais fácil de reconhecer pela tensão indevida do tendão de Aquiles, associada a dorsiflexão limitada ao nível da articulação do tornozelo ou inversamente por uma indevida laxidade do tendão com dorsiflexão excessiva.

À parte de sua associação com o pé cavo, o tendão de Aquiles pode resultar mais tenso como resultado do uso persistente de sapatos de taco alto ou por um descanso prolongado em cama com os pés em relativa flexão plantar.

O efeito da afecção e que sobrecarrega o antepé e assim contribuem o desenvolvimento de lesões do antepé tais como metatarsalgia e hematomas plantares.

Devido ao grau limitado de dorsiflexão ao nível do tornozelo os pés tendem a abdução quando atuam, e estão assim predispostos ao lesionarse. Os exercícios de alongação são úteis nos mais jovens, mas em adultos e idosos o processo requer a acomodação mediante o uso de saltos de uma altura adequada.

A laxidade do tendão de Aquiles se encontra com maior freqüência em crianças com formas discretas de pé calcâneo ou calcâneo cavo. Tem um grau anormal de flexão dorsal ao nível dos tornozelos, o que ocasionalmente pode causar incomodidade. A postura geral tende a alterar-se.

Ademais dos exercícios posturais gerais, os saltos dos sapatos que sempre mostram o desgaste anormal ao nível de suas bordas posteriores, serão substancialmente elevados durante um tempo para estimular a tensão dos músculos posteriores.

B.2. Torsão tibial

As tíbias podem mostrar certo grau de torsão interna ou externa. A torsão interna produz uma rotação para dentro das faces das articulações do tornozelo de modo que os pés estão inclinados medialmente um respeito ao outro.

Esta posição faz dificultosa a deambulação e os pés são endireitados conscientemente ou inconscientemente mediante abdução sob as pernas que a sua vez podem estar rotadas para fora com respeito ao quadril.

Com a torsão externa, os pés tendem a apontar para fora devido à rotação externa da articulação do tornozelo se os pés são mantidos paralelos, as pernas são rotadas para dentro de modo que as patelas miram um pouco para dentro no lugar de fazê-lo para fora "patelas veigas".

B.3. Genu valgo

Nesta posição os pés estão separados um do outro durante a estação em pé pela alinhamento em valgo das pernas por debaixo dos joelhos.

As pernas estão também ligeiramente colocadas para fora de maneira que os pés assumem uma postura em valgo e abdução.

O peso excessivo é suportado pela borda interna, predispondo ao sofrimento do arco longitudinal.

B.4. Genu varo

Em esta afecção, o eixo transversal do tornozelo está inclinado para cima e sob seu lado interno, de modo que o pé está invertido em relação ao solo.

Ao suportar o peso do corpo, o pé assume necessariamente a posição horizontal sob o solo, mas se põe em eversão com respeito à perna. Notara-se que em estes defeitos posturais, a alteração local do pé é secundária a alguma perturbação primária da perna possivelmente de todo o corpo.

Tais casos, por conseguinte, estarão baixo a supervisão do pediatra ou do ortopedista particularmente no caso de criança, onde a correção da alteração primária pode ser possível com um tratamento.

Porem não deve descuidar-se que durante tal correção os pés utilizam uma postura de desequilíbrio ou instabilidade com o perigo de alterações estruturais secundárias a desenvolver-se no pé. Somado as medidas gerais que se requerem, por conseqüência, pode necessitar-se alguma compensação local da influencia postural normal baixo a forma de cunhas ou palmilhas de sustento, com o que o podólogo pode ajudar ao tratamento.

Estes recursos, naturalmente, devem ser interrompidos tão pronto o permita o estado geral. Nos adultos, porem, tais defeitos posturais são usualmente crônicos, de modo que pode ser necessária uma compensação permanente para sustentar e estabilizar os pés e minimizar os efeitos perniciosos de qualquer perturbação geral.

Os efeitos particulares sob o antepé de alguns defeitos posturais e estruturais os consideraremos oportunamente.

ALTERAÇÕES DO ANTEPÉ

As alterações do antepé constituem o grupo mais completo e numeroso das afecções que entram dentro do domínio da podologia, se as

considerara com as seguintes designações:

- 1- Metatarsalgia funcional
- 2- Hallux valgus
- 3- Hallux rígido e hallux flexus
- 4- Hallux rígido agudo
- 5- Hallux rígido crônico
- 6- Dedo em martelo
- 7- Contraturas obliquas
- 8- Helomas plantares e hiperqueratoses
- 9- Neurites plantar digital
- 10- Pé de marcha
- 11- Deformações congênitas

1. METATARSALGIA FUNCIONAL

Já temos feito referencias as funções da parte metatarsiana como pilar anterior do arco longitudinal, como ponto de apoio de uma alavanca, e como um absorvente de "shock", e também a respeito ao rol dos dedos como alavanca e equilibradores secundários. Quando a ação do peso corporal passa ao ante pé, e distribuído entre os cinco metatarsianos em proporções aproximadamente iguais, salvo em que o primeiro deles suporta uma carga dobre.

O momento de carga máxima sob as cabeças dos metatarsianos ocorre quando o calcanhar se separa do solo, e os metatarsianos se inclinam mais e mais agudamente para a superfície de apoio. Quando os metatarsianos externos mais curtos perdem contato com o solo, o esforço final do passo e dado principalmente desde as cabeças dos metatarsianos primeiro e segundo. E desde o dedo gordo.

A ponta dos dedos menores dão ponto de apoio e equilíbrio, durante o tempo que estão em contato com o solo. Durante o suporte do peso do corpo, o pé em conjunto se alonga em grau variável e o metatarso se estica aportando esta combinação de movimentos elasticidade ao passo e absorção do "shock".

A margem de mobilidade existente entre os diversos componentes do antepé e restrito dentro dos limites funcionais pelos ligamentos e a fascia plantar, e controlado pelos músculos.

As partes brandas do antepé estão bem adaptadas para suportar os esforços impostos durante o sustento do peso do corpo mais são susceptíveis de padecer se sua carga é excessiva ou mal distribuída dando lugar a diversos tipos de dor designados como "metatarsalgia". O desenvolvimento de durezas plantares e helomas e uma fonte adicional de dor no local.

Fatores etiológicos

Os principais fatores responsáveis da dor no pé

são as alterações funcionais ou estruturais do mesmo e os calçados inadequados. Uma das causas mais frequentes de lesões do antepé, e a fraqueza ou a hipermobilidade do arco longitudinal em conjunto, como resultado do qual o pé se alonga excessivamente ao suportar o peso do corpo.

Na ausência de outros sintomas, a parte dos do antepé, este fator pode ser passado por alto. A excessiva alongação dos arcos força as cabeças para frente, de modo que os tecidos plantares são sujeitos á forças nocivas que podem produzir inflamação.

Se o processo persiste durante longo tempo, e especialmente se o peso corporal é excessivo, pode desenvolver-se uma forma de bursites debaixo das cabeças metatarsianas.

Uma conseqüência ulterior da alongação anormal do pé é fazer os dedos suscetíveis a sucessivos impactos desde o extremo do calçado de modo que se retraem ou ficam em garra e são assim incapazes de cumprir com sua ação normal de alavanca, e por conseqüência se impõe um grau maior de compreensão sobre as cabeças metatarsianas.

O uso do pé em uma posição em valgo e abdução desvia o impulso do peso excessivamente para e sobre o primeiro e segundo metatarsiano e o dedo gordo.

Comumente, o primeiro metatarsiano não permanece estável baixo tal pressão, senão que se eleva, então dita pressão é concentrada sob a cabeça do segundo metatarsiano.

No pé plano e fraco as articulações metatarso-falângicas chegam a sofrer e relaxar-se, de modo que as bases metatarsianas estão unidas com menos segurança umas as outras. O primeiro e quinto metatarsiano são particularmente suscetíveis de tornar-se hipo-moveis, e ao suportar o peso do corpo, se separam excessivamente ao nível de suas cabeças.

Isto expõe suas superfícies exteriores a compreensão e fricção desde os lados do calçado, e tais zonas podem chegar a ser o lugar de inflamações e possivelmente de exostoses. A incompetência dos metatarsianos primeiro e quinto adiciona um peso maior sobre os três metatarsianos do meio. O encurtamento congênito de qualquer metatarsiano impõe necessariamente um peso extra a seus vizinhos.

Em casos de pé cavo e tendão de Aquiles a tensão a proporção do peso apoiada sobre o antepé é excessiva. Ademais da influencia do calçado inadequado, os dedos podem chegar a retrair-se ou a adotar a posição em garra como resultado do desequilíbrio muscular.

Os dedos em garra é um feito comum, não

somente no cavo senão em pés normais, nos quais os músculos lumbricais e interósseos chegam a enfraquecer-se e resultam ineficazes para manter o alinhamento em retitude dos dedos contra a ação retrograda dos extensores e flexores longos.

Os extensores longos podem tornar-se hiperativos ao ajudar á dorsiflexão do pé quando o tibial anterior é fraco, levando assim aos dedos para cima, em posição de retração. Os dedos podem deformar-se por uma artrites reumatoidea ou por falta do uso prolongado devido a uma doença que obrigue a permanecer em cama.

A subluxação ou deslocação das articulações metatarso-falângicas, devido á lesão ou doença pode similarmente alterar sua função qualquer que seja a causa, a conseqüência da ação ineficaz dos dedos é sobrecarregar as cabeças metatarsianas.

O uso do calçado incorreto é uma das principais causas de lesões dos pés. O machucado dos dedos se reproduz em sapatos que são muito curtos e excessivamente pontiagudos, ou muito largos para deter o pé no seu deslizamento para frente.

Os saltos altos e muito oblíquos a respeito do calçado contribuem a este processo. As falanges proximais se colocam em dorsiflexão sob as cabeças metatarsianas, que a sua vez se vem forçadas a deprimir-se pela compreensão exercida para baixo e para trás desde os dedos e parte superior do sapato.

Pela influencia da força excessiva, o reforço entre a planta do calçado e a palmilha interna do mesmo geralmente se desliza. Deixando uma concavidade debaixo dos metatarsianos, mas formando uma cresta dura justamente no limite anterior.

As cabeças dos metatarsianos medianos se afundam assim á um nível inferior que as do primeiro e quinto, que estão sustentados pelo canto firme do sapato. A cresta formada á expensas do reforço, assim deslizados, é suficiente para causar inflamação das partes brandas plantares, imediatamente por debaixo das cabeças metatarsianas medias.

Se os dedos se encontram apertados entre si dentro de sapatos pontiagudos as cabeças metatarsianas estão forçadas a separar-se e divergem á medida que os ligamentos intermetatarsianos se debilitam gradualmente baixo os efeitos dos esforços originando sintomas de dor e sensibilidade ao exame. Sintomas similares se originam por lesões dos músculos intrínsecos quando se fatigam trabalhando em desvantagem

mecânica o alargamento dos metatarsianos também pode ocorrer por sobrecarga persistente dos pés.

As cabeças metatarsianas deveriam ocupar a parte mais larga do sapato, mas se este é inadequado, desde o calcanhar à planta elas podem ir-se demasiado adiante, para a parte estreita do calçado. Os metatarsianos ficam assim privados do suporte ajustado ao nível da parte dorsal e plantar do sapato. Algumas vezes os acolchoados ou barras metatarsianas, ou os suportes de arco, chegam a dar solução a este problema.

O defeito inverso se encontra às vezes nos pés do arco alto, os quais, devido a que requer um sapato com ajuste extra, são calçados como sapatos de cara demasiado longa, de modo que as cabeças dos metatarsianos primeiro e quinto vem a cair parcialmente sobre os lugares formadas pelos ribetes e as costuras.

Geralmente este é um fator no desenvolvimento dos hemomas vasculares que se observam nestas zonas.

Devido a sua dependência da integridade do pé em conjunto e a sua estrutura comparativamente menos estável que a do tarso, o antepé e particularmente vulnerável as lesões originadas pelo excessivo suporte do peso corporal.

Assim sucede na obesidade e também nas ocupações que demandam longas horas de permanência em pé ou caminhando, ou o transporte de cargas pesadas. Com o passar dos anos tende a produzir-se a atrofia dos pacotes fibro-adiposos que se encontram debaixo das cabeças dos metatarsianos, especialmente se a circulação esta alterada em qualquer extensão.

Este e também um fator essencial da artrite reumatoidea. Devido à perda da elasticidade dos tecidos plantares são menos capazes de suportar os esforços que demanda a carga do corpo e se tornam suscetíveis de inflamar-se facilmente.

Os efeitos dos diversos fatores mencionados sob o antepé podem dar lugar a ações anormais, e se classificam da seguinte maneira:

1 - Deslizamento dos tecidos plantares por um excessivo movimento para frente das cabeças metatarsianas ou por imobilização do pé dentro do sapato.

2 - Distensão dos ligamentos transversais, músculos e fascias por separação dos metatarsianos.

3 - Compreensão da pele, fascia e tecido fibro-

Cadeira Máster para Podologia www.ferrante.com.br

Cód. 13935 M1

Cód. 1540

Cód. 17600

Cód. 15200

Opcionais:

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

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

FERRANTE
Marca de profissionais desde 1928

adiposo, devido a concentração do peso sobre as cabeças metatarsianas.

Tratamento

Na grande maioria dos casos a dor se deve a uma combinação destas ações anormais originadas por diversas causas em interação e produzindo uma complexidade de efeitos clínicos.

Os helomas plantares e as durezas, por exemplo, resultam da compressão indevida e acompanha freqüentemente de certo grau de inflamação dos tecidos subcutâneos devida á alongação ou deslizamento por conseqüência, o tratamento exitoso requer o reconhecimento dos fatores etiológicos operantes em cada caso e uma combinação das medidas terapêuticas para eliminar ou combater os tipos particulares de ações anormais.

Em aqueles casos em que as ações anormais se originem na região do tarso a só proteção local da zona metatarsiana falhara em dar algo mais que uma melhoria temporária e parcial, podendo, em efeito, agravar os sintomas do antepé por aumentar a congestão na parte anterior do sapato.

Primeiramente deve aportar-se estabilidade á todo o pé mediante a forma mais apropriada possível com almofadinhas de sustento, de preferência em forma permanente ou semipermanente e não adesivo. No caso de um pé valgo ou hipermóvel. A alongação excessiva deve ser ferida mediante uma almofadinha para valguismo, que pode ir adaptada já seja ao sapato ou uma palmilha removível.

No pé cavo uma proporção do peso deve ser transferida desde as cabeças metatarsianas para a borda externa mediante um recheio ou uma almofadinha em plataforma. No pé cavo de tipo hipermóvel é necessário usar uma combinação dessas duas formas de proteção.

Ademais se necessita a proteção da região metatarsiana habitualmente e pode ser: ou adicionada na almofadinha anterior ou aplicada ao pé mediante bandas de silicone, que unem aos metatarsianos e contra-restam qualquer tendência a que se separem.

A almofadinha e as bandas de silicone metatarsianas integram o meio mais efetivo e rápido de solucionar a metatarsalgia, sempre que não se descuidem os outros recursos necessários.

Porem, nos casos crônicos, a interferência com a higiene normal e a necessidade de uma freqüente renovação são desvantagens, e se procedera a dispor de formas intercambiáveis, tais

como as almofadinhas e férulas combinadas intercambiáveis.

Os tecidos da parte plantar metatarsiana podem estar submetidos a uma compressão excessiva das seguintes maneiras:

A) O peso total sob o antepé pode ser excessivo como, por exemplo, em casos de obesidade, suporte excessivo ocupacional do peso do corpo, pé cavo e tendão de Aquiles tenso, o uso de excessivo de saltos muito alto.

B) O peso sob o antepé pode estar distribuído de forma inadequada, entre as cabeças dos cinco metatarsianos, como, por exemplo, quando o primeiro deles é incompetente por alguma razão, de modo que se adiciona uma carga adicional a seus vizinhos.

C) A carga de cada segmento metatarsiano pode estar distribuída inadequadamente entre a cabeça metatarsiana e o tecido da almofadinha do dedo. Isto sucede quando os dedos estão retraídos ou em garra e são assim incapazes de contribuir plenamente a ação da alavanca que normalmente se requer deles.

A finalidade principal do tratamento em estes casos e, por conseqüência, assegurar uma redistribuição mais normal do peso e prover da almofadinha ali onde esta concentrado o peso.

Isso se consegue variando a forma, densidade e espessor da almofadinha metatarsiana para adequá-la as necessidades de cada caso.

Um elemento essencial no tratamento da metatarsalgia e assegurar e manter um máximo de função dos dedos.

Se estiverem retraídos ou em garra sua alinhção e potencia como alavancas podem ser melhoradas mediante a aplicação de uma barra de silicone, como férula. Os helomas dorsais e distais são uma circunstancia comum nos dedos em garra, de modo que se requer sua proteção.

Também se instituíram exercícos ativos para a potencia muscular e o tom e a mobilidade das articulações metatarso-falângicas.

Aconselhara-se a respeito da eleição do calçado, para assegurar que os diversos defeitos mencionados previamente posam ser evitados.

E de especial importância que os sapatos permitam dispor de suficiente espaço para os dedos, já que o efeito da almofadinha metatarsiana e aumentar a expansão transversal e anterior dos dedos ao suportar o peso corporal.

Devem-se usar saltos de altura mínima para evitar a sobrecarga do antepé e a parte correspondente ao peito do pé e ao contraforte do

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Mag Estética
Beleza feita com Arte

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

Aparelho para Podólogos, Pedicures e Manicures.

- Aparelho Anatômico do Tipo Caneta;
- Motor Ultra-Potente com até 18.200 RPM,
com regulagem para tratamento das Mãos e Pés;
- Fonte bivolt com ajuste para rotações nos sentidos
horário e anti-horário (facilita a retirada de cutículas);
- Acompanha Brocas Diamantadas, e Lixas;

LANÇAMENTO



Mag Pé

Produto com a qualidade Mag Estética



Adquira já o Seu! (11) 6161-7763

sapato terão o ajuste adequado para sustentar ao tarso e metatarso.

2. HALLUX VALGUS

Este nome denota a condição na qual o dedo gordo esta desviado externamente, mas a alteração e sempre mais extensa do que seu nome sugere, incluindo seus estádios mais avançados não somente ao segmento do primeiro metatarsiano, senão a todo o conjunto do antepé.

Ademais do mau alinhamento do dedo gordo, o primeiro metatarsiano assume uma deformação em varismo, e o segundo dedo pode estar parcialmente por debaixo ou em cima do primeiro, ou desenvolver um dedo em martelo. Os dedos restantes estão usualmente algo deslizados lateralmente ou em garra. Os metatarsianos tendem a separar-se, com uma notável crescimento do primeiro espaço interósseo e sobrecarga das cabeças metatarsianas centrais.

Uma vez iniciada a desviação lateral do hallux, aumenta o problema devido ao empurre, agora oblíquo dos músculos mais potentes insertos no dedo. A cápsula da primeira articulação metatarsofalângica vai se adaptando progressivamente á nova alinhção onde se alonga o ligamento interno e encurta-se o externo. A cara interna da cabeça do primeiro metatarsiano queda exposta a uma irritação persistente com o resultado de uma exostoses, freqüentemente acompanhada de uma bolsa suprajacente, que é base de inflamações repetitivas. Podem formar se osteófitos sob a cara externa da articulação.

Com o progresso da angulação entre o metatarsiano e o dedo, os tendões dos extensores e flexores longos tendem a pôr-se em tensão, ficado assim algo laterais com referencia á articulação. Os sesamoideos do tendão do flexor curto também ficam relativamente deslizados e nos raios X o mais externo é visto geralmente no espaço inter-metatarsiano.

As deformidades resultantes nos outros dedos, inevitavelmente alterados nas suas funções, produzem helomas dorsais, distais, interdigitais e plantares e são estas lesões secundares, junto com as bursites habituais sob a cabeça do primeiro metatarsiano engrossada, as fontes mais comuns de dor e incapacidade.

O hallux valgus é mais comum entre as mulheres que entre homens, sendo estimada a incidência em mulheres adultas em ate um 70 %.

Etiologia

Deve-se á combinação de muitos fatores

casuais, que podem agrupar-se em intrínsecos e extrínsecos e contribuintes. O pé curto e largo e o longo e delgado são potencialmente mais vulneráveis, o primeiro devido ao maior risco de pressão interna sobre o dedo gordo originada por sapato estreitos e pontiagudos, e o segundo pelo perigo com os dedos devido a sapatos muito curto ou frouxo.

Isto ocorre em alguns casos devido a um dedo gordo usualmente longo ou que se projeta muito mais para lá que os demais. O metatarso varo primo, em que o primeiro metatarsiano esta inclinado para dentro, se apresenta como anomalia congênita ou do desenvolvimento e é geralmente uma característica familiar.

Em tais casos, o dedo gordo terá que assumir uma alinhção em varismo se fosse permanecer no mesmo eixo que seu metatarsiano; está impedido de fazê-lo assim pela influencia do uso do calçado, que desse modo produz a inclinação inicial ao nível da primeira articulação metatarsofalângica.

O hallux valgus e freqüentemente secundário á alguma instabilidade geral do pé. Se for hiper-móvel, então o dedo gordo pode estar submetido a uns impactos seguidos e persistentes devido á alongação excessiva do pé durante o suporte do peso corporal.

No pé valgo a borda interna recebe o empurre de forma anormal ao agüentar a carga do organismo, e como o pé, geralmente, também esta em abdução se produz uma pressão anormal sobre o lado interno do dedo gordo quando o pé deixa o solo.

O principal fator extrínseco é sem duvida o calçado inadequado. As meias e soquetes tenso ou os tênis ajustados na infância, exercem uma poderosa mais insuspeitada influencia modeladora sob o pé imaturo, que pode deformar os dedos menores e assim mesmo engendrar o hallux valgus.

Os sapatos demasiado curtos ou que são largos demais para poder evitar o deslizamento do pé para frente, causam comumente uma ma alinhção gradual do dedo gordo, sem chegar a ser suficientemente incomodo como para chegar a atenção sobre o processo.

Estes riscos aumentam usando sapatos de salto alto ou com grande desnível e a borda interna oblíqua do calçado demasiado pontiagudo. Estes forçam inevitavelmente o dedo gordo em uma posição do valgusismo. Ocasionalmente a deformação se deve a uma injuria direta, e é um

Mag Estética

Beleza feita com Arte

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

Matrículas Abertas (11) 6161-7763

MICROPIGMENTAÇÃO:

- BÁSICO
- ESPECIALIZAÇÃO I
- ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO ESTÉTICA
- DESPONTAÇÃO

CURSO TÉCNICO ESTETICISTA

Carga Horária: 800 Horas
Duração: 17 meses

CURSO TÉCNICO DE PODOLOGIA

Carga Horária: 1200 Horas
Duração: 29 meses

Períodos:

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

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

Cursos com habilitação profissional • Aprovados pelo MEC.

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

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

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

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

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



Kit de Tratamento Higienizante



Kit de Tratamento Derruma



Kit de Esmaltes Ponta Dupla



Carimbos



Kit Órtese de Instrumentos para Podologia



feito comum associado as deformações dos dedos, na artrites reumatoidea.

O suporte de excessivo peso corporal, já seja por obesidade ou por razões ocupacionais, e um fator contribuinte comum onde por qualquer razão o antepé esta constantemente sobrecarregado, os ligamentos transversais do metatarso podem sofrer e ceder, de modo que os metatarsianos tendem a separar-se.

Os dedos estão privados de sofrer uma dissociação semelhante devido a suas inserções de partes brandas e pelo calçado, porem vãos e juntar entre eles.

Semelhante sobrecarga do antepé pode ocorrer também em casos do tendão de Aquiles tenso.

Tratamento

Nos casos iniciais o tratamento esta dirigido a solucionar as causas originais. O calçado deve ser da forma e largura adequadas ao tipo particular de pé, com uma borda interna reta evitando qualquer instabilidade geral do pé. Pronação e hiper-mobilidade devem ser corrigidas ou reduzidas á um mínimo mediante a modificação apropriada do calçado ou meios similares.

A tendência do antepé a expandir-se requer pre-

venção mediante faixas siliconadas metatarsianas trocadas periodicamente. Elas podem restaurar a alinhção do primeiro metatarsiano em alguns casos, mas sua atuação prolongada e freqüente é necessária durante um tempo prolongado para obter uma melhoria real.

Porem não sempre isto é feito, então, pode se recorrer á exercícos de alongação e manipulações para evitar que o processo aumente. A manipulação do dedo combinada com tração está indicada para manter a articulação metatarsofalângica em bom funcionamento e para alongar os tendões e ligamentos que estão em perigo de contraturar-se.

Em casos mais avançados, como em adultos, o tratamento conservador esta dirigido principalmente ao alívio dos sintomas compressivos associados. De estes, a bursites sob a exostoses e a mais molesta. Dita bolsa pode sofrer uma inflamação aguda e desenvolver uma fístula que drena liquido sinovial ou pus, se infectada. Nestes casos deve se dar a este setor o maior repouso possível, reduzindo o suporte do peso do corpo ao mínimo e eliminando a pressão local com o uso de calçado brando.

Também é bom aplicar uma cunha interdigital de silicone. O tratamento cuidadoso das diversas



Feet Center **Produtos 100% Gel Polímero**

Importador e Distribuidor Suavepie no Brasil



Entrededos de Gel Puro



Tubos Recortáveis



Almofada Interfalângica



Almofada Metatarso Falângica



Anel com Gel



Separador Interdigital



Calcanheira de Gel



Anel Corretivo



Dedal de Gel Puro



Protetor de Joanetes



Atadura Metatarsal

Feet Center - Importação, Exportação e Comércio.

Email: - feetcenter@hotmail.com

lesões compressivas pode evitar a necessidade de uma intervenção cirúrgica já que a deformação por si mesma pode não alterar seriamente a função.

3. HALLUX RÍGIDO E HALLUX FLEXUS

As articulações metatarso-falângicas constituem a articulação sob a qual o pé oscila para cima quando se levanta o calcanhar. É principalmente a partir da cabeça do primeiro metatarsiano e do dedo gordo que se dá a força final ao passo. A limitação da dorsiflexão ao nível da primeira articulação metatarsal-falângica, por consequência, é suscetível de originar grandes inconvenientes a função normal.

O termo "hallux rígido" denota uma significativa limitação da dorsiflexão ao nível da articulação, este ou não completamente rígida. Nos casos extremos, o dedo pode estar mais ou menos fixo em flexão plantar, que é um estado conhecido como "hallux flexo".

4. HALLUX RÍGIDO AGUDO

Neste processo, a dorsiflexão está impedida principalmente por um espasmo muscular protetor consequente com a inflamação articular aguda. Vê-se mais comumente em adolescentes,

e o habitual e que ocorra a causa de um trauma brusco, tal como um pontapé, ainda que pode desenvolver-se em forma mais gradual pelo uso persistente de sapatos não muito curtos.

Os pés longos e estreitos são naturalmente mais vulneráveis a esta afecção. Em alguns casos, o fator pode ser a infecção local.

A articulação está inflamada e sensível, ainda que usualmente não muito tumefacto, e os movimentos despertam uma dor aguda.

Se a inação do dedo é continuada por algum tempo, podem existir alguns picos de osteófitos sob as margens articulares dorsais.

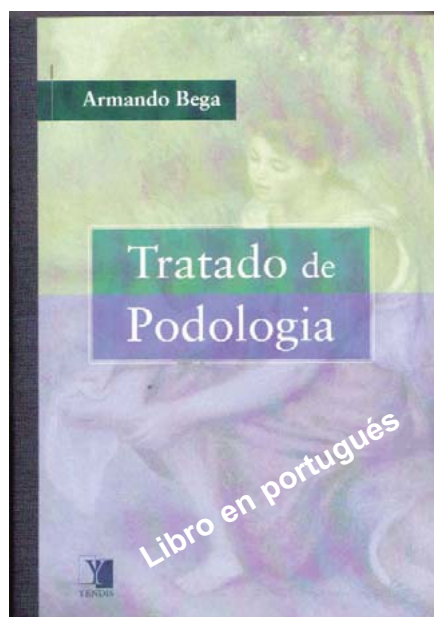
Tratamento

O tratamento está dirigido a eliminar a infecção mediante repouso e a aplicação do calor e anti-inflamatórios. Evitara-se o movimento da articulação mediante uma faixa firme.

Em alguns casos pode resultar muito efetivo o uso de uma almofadinha aplicado à cara plantar do metatarsiano e da falange proximal.

Uma vez que tem cedido a dor, é conveniente a estimulação do movimento normal mediante a manipulação e exercícios adequados ensinando ao paciente a maneira de realizá-los. Combinar-se a tração manual para alargar o espaço articular com a circundução, extensão e flexão do

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: (#55-11) 6292-8615
revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

dedo. É essencial à modificação do calçado para evitar recidivas.

5. HALLUX RÍGIDO CRÔNICO

É uma afecção crônica progressiva, usualmente de iniciação insidiosa, na que o movimento articular e restringido gradualmente pela degeneração osteoartrítica e o desenvolvimento de proliferações osteofíticas periarticulares, usualmente piores nas partes dorsais e laterais da articulação. É mais comum nos homens que nas mulheres, e especialmente nos pés compridos e magros. Um calçado curto e a causa mais comum do processo, ocorrendo tão gradualmente que não se faz notar até que seja tarde. Alguns autores mencionam alguma injúria direta pela queda de um objeto pesado ou ao serem golpeados, sendo o processo usualmente unilateral.

A irritação da cara dorsal da articulação pela borda do calçado pode ser um fator em alguns casos ocorridos em mulheres que usam habitualmente sapatos de festa ou similares, aos que pode associar-se como fator agravante o uso de saltos excessivamente altos.

Quando o primeiro dedo ou o primeiro metatarsiano são excessivamente compridos, há um maior risco. Nos casos de primeiro metatarsianos incompetente, a inoperância compensadora dos músculos flexores e uma tentativa para estabilizar a borda interna. E pode finalmente induzir a alterações articulares que restringem permanentemente a dorsiflexão normal.

Em alguns casos a dorsiflexão está limitada por uma fascia plantar indevidamente tensa como outras afecções do antepé, o hallux rígido pode ocorrer como um feito secundário em um pé valgo ou hipermóvil, como conseqüência da orientação anormal do peso para o metatarsiano.

Nas fases iniciais, as alterações patológicas podem estar limitadas a uma inflamação subaguda dos elementos articulares e periarticulares que tornam dolorosos os movimentos dos mesmos. Ao agravar a afecção se estreita o espaço articular com gradual erosão da cartilagem articular e se desenvolvem osteófitos nas margens dorsais, que mais tarde limitam a dorsiflexão e aumentam a dor e a incapacidade.

Finalmente a cavidade articular pode ficar obstruída quase por completo, com perda total dos movimentos e a correspondente diminuição da dor. A exostose dorsal pode adquirir um tamanho tal como para chegar a ser uma bursite devido a compressão do sapato.

Vários fatos secundários podem seguir caminho à incapacidade da primeira articulação metatarsofalângica. A cabeça do primeiro metatarsiano se coloca em posição relativamente elevada, ficando assim incompetente como suporte do peso do corpo. O antepé gira sob a segunda articulação metatarsofalângica e a interfalângica do dedo gordo e podem desenvolver helomas plantares ao nível de ditos sítios. A falange distal se coloca em hiper-extensão compressora, e a unha do hallux pode ficar afetada pela compressão dorsal do calçado, dando lugar a onicoauxis ou a um heloma subungueal.

O pé está algo abduzido e invertido no seu funcionamento, de modo que sua borda externa está muito carregada, isto produz habitualmente um heloma debaixo da cabeça do quinto metatarsiano e ocasionalmente helomas interdigitais e dorsais sob os dedos externos, devido a direção oblíqua da transmissão do peso corporal através do pé.

Em casos avançados as lesões secundárias podem ser severas e fonte de mais dor e incapacidade do que a própria articulação rígida devido à inversão do pé o tornozelo pode ser instável e suscetível à lesões.

Tratamento

Em vista da natureza crônica da afecção, a finalidade do tratamento conservador e solucionar a dor e compensar a alteração do suporte do peso do corpo conseqüente com a rigidez articular.

Os casos mais dolorosos são usualmente aqueles em que há ainda alguma mobilidade e a dorsiflexão atuando enquanto a articulação se encontra suportando uma boa parte do peso do corpo esta interrompida pela presença de exostoses dorsais que se encontram em contato agudo e doloroso uns com os outros. As partes moles da face articular plantar estão submetidas simultaneamente a uma tensão anormal. Para manter a dorsiflexão dentro de limites toleráveis devesse restringir o movimento articular mediante modelos de silicone adequados. São essenciais os sapatos de sola dura. As barras metatarsianas colocadas justamente por detrás da articulação para aliviar a carga ou imediatamente por baixo para obrar de modo de maca são ocasionalmente úteis mas as vezes difíceis de usar, especialmente em ocupações que implicam a obrigação de subir e descer escadas continuamente.

Em todo caso se observara o método mais adequado.

A rigidez da articulação do dedo gordo produz

COSMETIC COSMÉTICA

17ª FEIRA INTERNACIONAL DA BELEZA

28 SET A 01 OUT 2007
Anhembi - São Paulo - SP

QUALIDADE, INOVAÇÃO E EXCELÊNCIA EM ENSINO:
INSCREVA-SE NO **CENTRO EDUCACIONAL 2007**

Tel.: (11) 3291-9111 / 9128 • www.cosmeticc Cosmetica.com.br



VIAGEM E HOSPEDAGEM COM
ECONOMIA E SEGURANÇA
PROGRAMA BEM-VINDO:

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

Apoio Institucional:



Local:



Afilhada à:
UBRAFE

Organização e Promoção:



ALCANTARA
MACHADO

info@cosmeticc Cosmetica.com.br



uma distribuição anormal do peso corporal sob o antepé, as cabeças dos metatarsianos segundo e quinto, e a articulação interfalângica do dedo gordo, desenvolvendo habitualmente helomas dolorosos.

Estes locais requerem ser protegidos por almofadinhas, para que o peso se distribua o mais normalmente possível. Particularmente assegurando que a cabeça do primeiro metatarsiano não volte a assumir sua função de sustentar a carga corporal na medida do possível.

Um acolchoado metatarsiano largo, que abarque as cinco cabeças metatarsiana e com cavidades para alojar as lesões plantares, costuma ser efetivo.

Os casos que não respondem ao tratamento conservador assim descrito podem requerer intervenção cirúrgica.

6 - DEDO EM MARTELO

No dedo martelo, a falange proximal esta em dorsiflexão e as falanges intermédia e distal se encontram em flexão plantar ou somente a falange distal esta em flexão plantar.

Estas afecções são ocasionalmente congênicas, mas em geral são adquiridas por impactos do dedo gordo, devido a um calçado curto.

O fator predisponente e a longitude indevida de um dos três dedos médios, sendo o segundo o afetado mais comumente, ainda que isso se deve algumas vezes a que o primeiro dedo ou o primeiro metatarsiano sejam anormalmente curtos.

A deformação predispõe a produção de helomas dorsais e distais e a deformação da unha. Comumente se desenvolve uma bursite sob a cara dorsal da articulação interfalângica proximal. Em alguns casos o dedo em martelo e a causa de um heloma ou uma hiperqueratose plantar debaixo da cabeça metatarsiana correspondente, que esta submetida a uma compressão excessiva, causada por uma má alinhação de todo o segmento metatarsiano.

São estas as lesões que necessitam tratamento.

Tratamento

Enquanto o dedo e móbil, a deformação pode ser melhorada por apoios plantares e almofadinhas dorsais em crescente. Devem ser de suficiente espessor e firmeza para endireitar o dedo durante o suporte do peso do corpo. A persistên-

cia do uso de tal almofadinha combinada com a alongação mediante manipulações da usualmente uma marcada melhoria. Se o dedo já esta fixo uma almofadinha similar pode ser usada com propósitos de proteção as orteses de silicone são particularmente úteis.

7- CONTRATURA OBLÍQUA DOS DEDOS

Nesta afecção, um ou mais dedos estão rotados e flexionados axialmente, de modo que cada um tende a ficar por baixo, ou mais raramente, por encima do seu vizinho. Pode encontrar-se associado á deformação no martelo do dedo vizinho. O processo começa habitualmente na infância, devido ao uso de meias e sapatos que ficaram pequenos. Na adolescência e na idade adulta a causa pode ser a compressão devida a sapatos de ponta fina ou que sejam demasiados largos. Neste ultimo caso, o pé tende a deslizar e os dedos ficam indevidamente juntos e comprimidos ou se deformam em garra devido ao intento de afirmar-se ao sapato com mais segurança.

O processo predispõe a onicofosis e involução das unhas e a helomas distais e interditais. Algumas vezes se formam crestas bem definidas de helomas sob as pontas dos dedos quarto e quinto, particularmente os quais em algumas ocasiões se tornam muito vasculares e dolorosos.

Tratamento

Se colocar um sapato bem adequado pode obter-se melhoras no emprego de almofadinhas corretoras.

No caso de crianças de curta idade se indicara aos pais como colocar o acolchoado de modo que possa renovar facilmente.

Nos adultos lesões associadas requerem um tratamento apropriado.

8. HELOMAS PLANTARES E HIPERQUERATOSES

Estas lesões crônicas por compressão da parte metatarsiana plantar tendem a ocorrer em certas formas clinicas bem definidas, associadas a tipos especificos de alterações principais do antepé.

Quando como resultado de uma função primordial o antepé e excessivamente móbil, a parte plantar metatarsiana esta submetida a forças anormais de deslizamento que produzem uma formação anormal difusa de hiperqueratosis, e inflamação dos tecidos subcutâneos. No caso de um pé de arco alto, hiper móvel o descenso do seu arco em cada passo origina um exten-

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.

Visite nosso Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

so movimento para frente, no interior do sapato, da parte metatarsofalângica proeminente, o que origina uma extensa hiperqueratosis plantar.

O movimento para trás e para adiante das cabeças metatarsianas dentro do sapato, eventualmente forma uma depressão na palmilha do calçado, sendo projetado o recheio para a borda anterior da depressão, formando ali um ribete duro. A repetição do impacto contra esta cresta produz uma zona profundamente dura ao nível da margem distal do heloma.

Ademais se inflamam os tecidos subcutâneos e como resultado das mesmas forças de deslizamento podem chegar a irritar-se tanto como para dar lugar a uma forma de bursites, tornando-se toda a zona tumefacta e quente e assentando-se ali uma intensa dor queimante.

Tratamento

O tratamento de tal afecção requer uma síntese de medidas terapêuticas.

Tendo por objetivo:

1 - Melhorar os sintomas imediatos, reduzir o heloma, eliminar o borde indurado, medicação apropriada para a hiperemia, almofadinha apropriada metatarsiana plantar branda (silicone).

2 - Tratamento das causas excitantes e contribuintes, redistribuição da carga mediante a almofadinha plantar metatársica e acolchoados de recheio, redução da hiper mobilidade mediante acolchoados de recheio.

Como o defeito básico e a hiper mobilidade, não e suscetível de correção; as medidas compensadoras essenciais, a almofadinha de recheio e a almofadinha plantar metatarsiana para igualar a pressão no antepé necessitam ser eventualmente aplicadas de forma semi permanente e não adesiva.

Nos casos em que a inicio de uma alteração do antepé, a mobilidade do mesmo esta marcadamente reduzida, os tecidos plantares se encontram submetidos a uma pressão anormal e as lesões resultantes estão circunscritas e tem ubicação profunda e são do tipo densamente molhe.

A fixação da zona de máxima compreensão da lugar á eliminação gradual do tecido adiposo elástico normal de acolchoado e sua troca por um estroma fibroso denso que une o heloma subjacente resistente a estrutura (usualmente uma proeminência óssea ou, em alguns casos uma

banda fibrosa ou de fascia, mantida funcionalmente rígida).

Tais heloma perde eventualmente o caráter da lesão puramente epidérmica, exibindo em adição um engrossamento fibroso e induração dos tecidos dérmicos e sub-dérmicos.

Esta estrutura fibrosa contem poucos espaços intersticiais, pouco conteúdo fluido ou células adiposas, cuja presença no tecido subcutâneo normal e o que lhe da a resistência e elasticidade.

Ditos espaços, tal com existem, estão ocupados por um material colágeno firme, não elástico de modo que toda a lesão se transforma em uma estrutura sólida, profunda. Este heloma da lugar a uma dor queimante, intenso e profundo ao apoiar nessa zona e não responde as medidas podologicas essenciais que se aplicam aos helomas em outras localizações.

O lugar do desenvolvimento de tais lesões esta determinado pela natureza da alteração funcional subjacente e, como se tem dito, tende a seguir certos modelos clínicos definidos. Assim quando a causa e um dedo em martelo ou grosseiramente deformado se concentra uma compressão excessiva sobre a superfície plantar da cabeça metatarsiana proeminente.

Se a deformação tem progressado ate o estado de rigidez e subluxação da articulação metatarsofalângica, se desenvolve um heloma plantar crônico debaixo da articulação sub-luxada. Esta deformação ocorre mais comumente nos segmentos metatarso-falângicos médios, com mais freqüência no segundo.

A almofadinha que se requer para esta lesão é em "U", para o plantar metatarsiano, ou com uma concavidade debaixo da lesão. O espaço potencial assim formado pode rechear-se com silicone brando.

Se ainda e possível certo grau de correção, pode agregar-se uma almofadinha para o metatarsiano junto com uma férula plantar ou uma crescente dorsal para o dedo com o fim de reduzir a subluxação da articulação metatarsofalângica.

Similarmente, quando a causa e uma forma rígida do pé cavo, a compressão excessiva tende a estar concentrada sobre as caras plantares das cabeças proeminentes dos metatarsianos primeiro e quinto, e eventualmente se produzem lesões similares a nível desses lugares.

A almofadinha necessária em tal caso é uma de recheio para a zona tarsiana, combinado a um plantar metatarsiano para frente, colocado por debaixo dos metatarsianos médios, com uma

concavidade para as cabeças dos metatarsianos externos, também aqui recheada com silicone brando.

Uma forma clínica típica de helmomas plantares crônicos está associada ao hallux rígido ou ao hallux flexo, em que tais lesões se desenvolvem debaixo das cabeças dos metatarsianos segundo e quinto, e debaixo da articulação interfalângica do dedo gordo.

Neste caso a finalidade da almofadinha é reduzir a concentração da compressão sobre estas zonas mediante a restauração em certas medidas da função da primeira articulação metatarsofalângica, e redistribuindo o suporte do peso corporal em todo o possível, para esta zona e os segmentos terceiro e quarto.

Isso se consegue melhor mediante uma almofadinha debaixo do primeiro metatarsiano, que vai justamente para a parte proximal da articulação interfalângica do dedo gordo, com uma cavidade para a articulação.

Em um caso já estabelecido de hallux valgus, ademais das outras lesões associadas descritas, tendem a desenvolver-se helmomas plantares crônicos debaixo das cabeças dos metatarsianos médios especialmente do segundo.

Este é particularmente o caso quando o dedo gordo, mal alinhado, vem a ficar por debaixo do segundo dedo, que chega a retrair-se grosseiramente, em tal caso o tratamento da alteração geral deve incorporar uma almofadinha em "U" ou um plantar metatarsiano, com silicone muito branda debaixo da lesão.

A alinhamento do dedo gordo pode permitir alguma flexão plantar conectora da segunda articulação metatarsofalângica, que facilitará grandemente a eliminação do helmoma plantar.

9. NEURITES PLANTAR DIGITAL (METATARSALGIA DE MORTON)

As ramificações digitais do nervo plantar externo, particularmente a rama do quarto espaço são com frequência o lugar de uma alteração que dá lugar a uma forma típica de metatarsalgia.

Esta afecção foi descrita pelo D. P. Morton de Filadélfia, em 1875. Ocorre mais frequentemente em mulheres de idade média e constituição robusta, e os sintomas são característicos.

O paciente se queixa de intensa dor queimante na parte metatarsofalângica. Ocorrendo a intervalos regulares, e irradiando para as pontas dos dedos afetados, geralmente ao quarto e em ocasiões ao terceiro e quinto.

A dor aparece bruscamente caminhando, e o paciente se vê forçado a deter sua marcha e tirar o calçado. Os sintomas podem ser discretos nos casos iniciais mais a afecção tende a progressar em severidade e frequência, e eventualmente os ataques espasmódicos costumam ser tão frequentes e dolorosos que o paciente teme caminhar qualquer distância ou cruzar ruas muito transitadas.

Nas fases finais, a dor queimante se estende até a perna e o pé, e podem produzir-se câimbras. Ao exame, o pé parece normal nos começos do processo, mas usualmente tem malvado alinhamento dos metatarsianos externos e dedos em garra ou retraídos ou com desviação oblíqua dos mais externos.

Pode ter hiperemia e um ponto de extrema sensibilidade à palpação do espaço intermetatarsiano afetado também podem encontrar-se alterações sensoriais dos dedos.

A causa da afecção e a irritação e compressão de uma rama do nervo plantar externo.

Ocasionalmente se desenvolve um neurofibroma ao longo do trajeto do nervo. Em outros casos, eventualmente, se forma um neurofibroma a consequência de uma compressão e irritação de longa data, resultante da depressão relativamente desigual dos metatarsianos externos, produzindo uma compressão vertical ou lateral da rama nervosa. O processo está frequentemente associado ao uso de sapatos ajustados.

Em muitos casos os sintomas podem ser aliviados mediante almofadinhas metatarsianas e descargas de silicone e a adoção de um calçado que permita um bom sustento dos metatarsianos, sem lesionar os dedos. Se requer muita paciência para encontrar, mediante ensaios e provas, a combinação mais efetiva da almofadinha e calçado para cada caso em particular.

10. PÉ DE MARCHA (Fratura de marcha, Fratura por fadiga)

O uso excessivo do pé sem preparação gradual pode produzir alterações nos metatarsianos que ocasionam processo doloroso conhecido como "pé de marcha", ocorre geralmente em adultos jovens que com um treinamento preliminar insuficiente, estão obrigados a realizar marchas ou manobras prolongadas. Como pode ocorrer com os recrutas do exército.

O afetado com mais frequência e o segundo metatarsiano, e logo o segundo e ou com o terceiro.

Os sintomas são uma dor de intensidade no aumento no antepé tornando muito dificultosa a deambulação, que calma com o repouso mais reaparece imediatamente ao caminhar. Geralmente tem tumefação sob o dorso do pé afetado com avermelhamento e sensibilidade a palpação da mesma parte. O raio-X nas etapas iniciais pode não evidenciar anormalidades, mas com frequência tem manifestações de hipertrofia da diáfises com diminuição da densidade óssea.

Finalmente pode observar-se um traço do espessor de meu cabelo, denotando a existência de uma fratura espontânea, ainda que com frequência a primeira evidência de tal fratura e a presença da formação do calo de consolidação que pode ser percebido a palpação como uma tumefação irregular ao longo da diáfises do osso. As fraturas ocorrem mais freqüentemente na terceira parte distal da diáfises, ocasionalmente na terceira parte média, e menos freqüente proximal.

A etiologia detalhada do processo é obscura. Usualmente tem uma concentração de esforços funcionais sob o osso afetado (por exemplo, sobrecarga do segundo metatarsiano devida a incapacidade do primeiro) que produz hipertrofia em excesso das fontes disponíveis, originando rarefação da substancia óssea que, baixo a ação da sobrecarga continuada se fratura espontaneamente.

Outras causas que se tem sugerido são a oclusão do aporte vascular do osso afetado, e também a contração espasmódica dos músculos interósseos.

Tratamento

O tratamento consiste essencialmente em

repouso, tão completo como seja possível, junto á imobilização local. Nas etapas iniciais pode ser necessário aplicar calor e antiirritantes junto com imobilização protetora.

Se tal tratamento se tem iniciado antes de ocorrer à fratura, pode assim prevenisse-la e a afecção se designa então "pé de marcha". Produzida a fratura se chama então "fratura de marcha ou por fadiga".

Aparte do tratamento local os fatores produtores de sobrecarga sobre o osso afetado devem ser investigados para efetuar sua compensação, por exemplo, quando o segundo metatarsiano esta sobrecarregado, secundariamente a incompetência do primeiro, se tomaram medidas para colocar a cabeça deste ultimo em um contato efetivo para suportar a carga corporal em relação à superfície de apoio ou senão devera fazer-se a igualação através do antepé.

11. DEFORMAÇÕES CONGÊNITAS

As anomalias congênitas da estrutura óssea do antepé, são de certa frequência.

Podem observar-se metatarsianos e dedos supranumerários, ou somente dedos de mais processo que com frequência tem incidência hereditária. Tem-se observado a traves do seguimento clinico, a três gerações familiares com polidactilias.

A inversa podem faltar um ou mais metatarsianos com os seus dedos.

Graus menores desta deformação podem ocorrer, nos quais os dedos adjacentes se apresentam total ou parcialmente fusionados (sindactilia).

www.revistapodologia.com

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

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

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

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



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



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

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

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

Renomadas marcas nacionais e internacionais estiveram se apresentando.

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

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

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

A Feira contou com 80 expositores e 8.500 visitantes profissionais.

BELEZA 2007

Próxima edição já tem data marcada.

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

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

Presença Confirmada

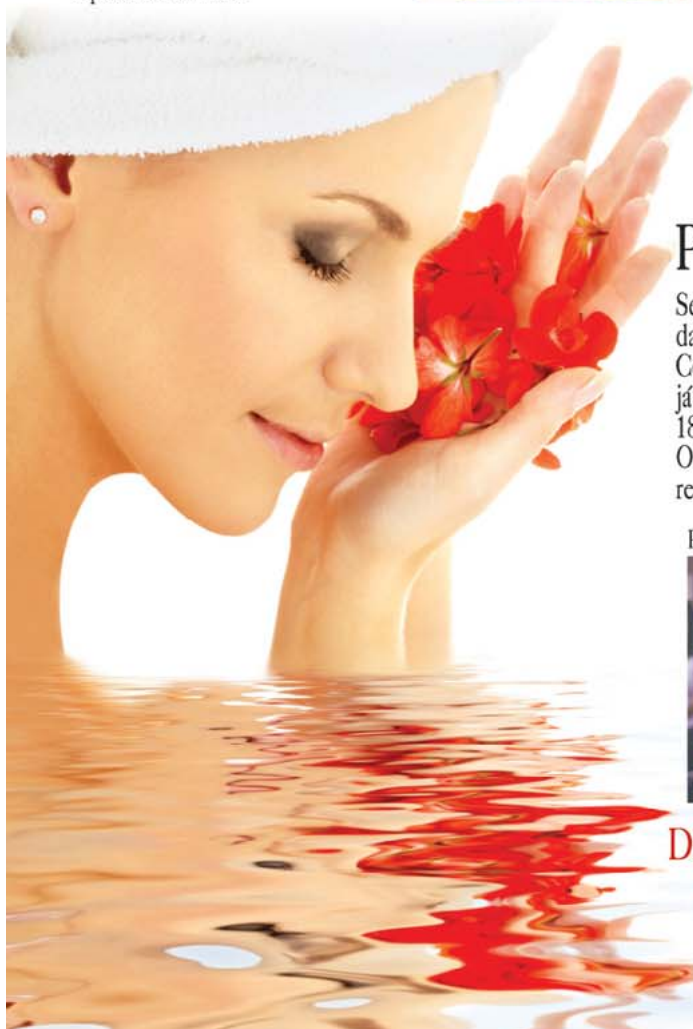


Geraldo Vasconcelos

Dias 18 e 19 de novembro
Centreventos Cau Hansen
Joinville SC



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



Patologias Geriátricas.

Podóloga Patricia Salerno. Argentina.

Num fórum sob dermatologia geriátrica o Dr. R. K. Scher fez referência a necessidade de revisar as 20 unhas do paciente geriátrico, afirmando que certo numero de alterações das unhas são benignos, mas outras são muito serias. O aspecto clinico pode ser muito complexo e iludir, de maneira que tem que ser realizados diversos testes, incluindo cultivos e biopsias. Uns dos problemas mais comuns nos idosos são as unhas frágeis e quebradiças, geralmente geradas por uma pele seca, originada por desidratação e caracterizada por ruptura, descamação, cortes e quebras nas unhas.

O tratamento é médico por meio da Vitamina A via oral. Onicomicoses são muito comuns já que os pacientes apresentam fatores de risco que aumentam a sensibilidade às infecções micóticas. Também os idosos tem um menor índice de crescimento nas unhas e um compromisso de circulação nas extremidades. Acrescentando também as deformidades dos ossos, fazendo que as unhas e os pés sejam mais susceptíveis aos traumatismos que predispõem as infecções micóticas.

O Cisto Mixóide também se associa com a osteoartrites, desenvolve-se perto da cutícula produzido um sulco longitudinal na lamina ungueal, aparece como um pequeno nódulo na superfície da pele. São geralmente assintomáticos, mas quando cresce pode comprometer a função do pé. O tratamento é com criocirurgia. A criocirurgia é a destruição de tecidos pelo uso da baixa temperatura com objetivos terapêuticos.

Algumas patologias ungueais são produzidas por drogas sistêmicas, causando câmbios nas unhas, tais como as drogas quimioterapêuticas. Podem se apresentar uma ou mais linhas de Beau e também alterações pigmentares, onicomadese, alteração da matriz ungueal, etc., induzidas por estas medicações que alteram a queratinização defeituosa com o desenvolvimento de leuconiquia.

O uso das tetracilinas (antibióticos): os pacientes que recebem estes agentes anti-infecciosos podem sofrer a separação da lamina ungueal do leito, também pode alterar a pigmentação grisalha azulada do leito ungueal ou fazer bandas pigmentadas longitudinais.

Os retinóides sistêmicos tem um efeito potente sob a queratinização das unhas e os pacientes tratados com etretinato para psoríase podem desenvolver afinamentos da lamina ungueal, fissuras, fragilidade, linhas de Beau, onicomadese e paroníquia.

A droga Lítio (e o estabilizador de humor mais usado na psiquiatria), também altera as unhas dando o aspecto de bandas cor castanho com leuconiquia.

Bibliografía.
Tratado de Dermatología.
Gentileza da Doutora Gristein Anália.
Dermatologista.

Metatarsalgias.

Podologa Patricia Salerno. Argentina.

Etiopatogenia

As afecções que podem ocasionar uma metatarsalgia se devem a vários motivos e são classificadas em 4 quadros, segundo Viladot.

1- Metatarsalgia de origem mecânico. Produz-se quando existe um desequilíbrio no reparto das forzas normais no antepé, quando a sobrecarga é global e uniforme do todo antepé. Isto ocorre no pé eqüino e pé cavo. Também estão as insuficiências do primeiro dedo e dos dedos médios.

2- Metatarsalgias devido às doenças localizadas no antepé. Afecções ósseas neurovasculares ou das partes moles.

3- Metatarsalgias de origem sistêmico. Doenças neurológicas, vasculares, insuficiências arteriais ou venosas, processos reumáticos, artrite reumatoidea, gota, etc. Doenças metabólicas como a diabetes, etc.

4- Metatarsalgias post-traumáticas. As causas de traumatismos que produzem as metatarsalgias são variadas: ferimentos, luxações, fraturas, etc. Produz-se um desequilíbrio mecânico alterando o apoio do pé.

Clinica geral

O sintoma do sofrimento do antepé se manifesta pela aparição da dor, por tanto, a pele reage ante esta sobrecarga com a formação de bursites, hiperqueratoses, etc. Também acrescenta ao antepé as desviações dos dedos: hallux valgus, dedos em garra, etc e temos que ter em conta o fator externo do calçado inadequado que esta provocando estas alterações.

Tratamento

Primeiro se tem que analisar a origem da metatarsalgia e dependendo da etiologia se fará a derivação que corresponda: se for por alteração biomecânica, se derivara ao traumatologista para fazer as palmilhas com descargas, e se for necessário se fará à derivação ao reumatologista ou neurologista. Fazendo uma certa historia clinica faremos a derivação correta e em tempo, orientando assim ao paciente para seu tratamento e quita da dor.

Bibliografía.
Viladot,Valenti.



