

revistapodologia .com

Nº 18 - Fevereiro 2008



Revista Digital de Podologia
Gratuita - Em Português

revistapodologia .com

revistapodologia.com n° 18
Fevereiro 2008

Diretora científica
Podologa Márcia Nogueira

Diretor comercial: Sr. Alberto Grillo

Colaboradores desta edição:

Dr. Alberto Quirantes Hernández. **Cuba**

Dr. Jorge Jiménez Armada. **Cuba**

Dr. Vladimir Curbelo Serrano. **Cuba**

Dr. Leonel López Granja. **Cuba**

Dr. Alberto Quirantes Moreno. **Cuba**

Podologa Miriam Mesa Rosales. **Cuba**

Podologa Lafont. **França**

Podologa Pechin. **França**

Lic. Virginia Fedrizzi. **Brasil**

Podologo Armando Bega. **Brasil**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 28.

Capa: Capa da Revista Podologia
Argentina n° 14 - Agosto de 1999.

ÍNDICE

Pag.

5 - Terapia fotodinâmica tópica para onicomicoses.

7 - Diabetes Mellitus. Folheto educativo como aporte para a prevenção.

13 - Saltos y remédios.

20 - Fístulas e higromas nos pés.

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 - 3365-1586 - 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.

ESTÉTICA In RIO 2008

FEIRA DA BELEZA, COSMÉTICOS, EQUIPAMENTOS & SERVIÇOS

17,18 e 19

maio

2008

centro de
convenções sul
américa

rio de
janeiro

WWW.
esteticainrio.
com.br

1º Congresso Brasileiro de Podologia

Domingo 18 e Segunda 19

Eventos Paralelos

Congresso Científico Brasileiro de Estética

Jornada Técnica Interdisciplinar de
Estética, Eletrocosmética e
Fisioterapia Estética

1º Congresso Brasileiro de Massoterapia

1º Congresso Brasileiro de Maquiagem

2º Congresso Brasileiro de Manicure

Curso Pós Congresso

Workshops

(21) 3888-3730 - 3977-1499
3977-1498

Organização

revistapodologia
-com

www.revistapodologia.com

Realização



Apoio



1º Congresso Brasileiro de Podologia Domingo 18 e Segunda 19 de Maio de 2008

Palestrantes e palestras

Podólogo e Fisioterapeuta Rogério Romeiro

Rio de Janeiro

Tema: Iatrogenia na podologia - Principais causas e conseqüências.

Iatrogenia é uma alteração patológica provocada no paciente por diagnóstico ou tratamento de qualquer tipo.

Podólogo e Fisioterapeuta Jonas Campos

Rio de Janeiro

Tema: Ficha de Anamnese. Porque e como fazer ?

A ficha de anamnese funciona como um prontuário para o podólogo, e a partir dela que se conhece o cliente, suas características e se pode acompanhar os procedimentos realizados.

Dr Ademir Carvalho Leite Junior - São Paulo

Tema: Manifestações da pele e unhas nos pés de obesos.
Apresentação de diversas manifestações da pele e unhas encontradas em pacientes obesos e obesos mórbidos.

Podólogo e Enfermeiro Armando Bega - São Paulo

Tema: Laserterapia em Lesões.

Este tema aborda o uso do laser terapêutico, 660 nm, "red laser", desde a historia da laserterapia, até os seus princípios físicos e químicos, bem como os mecanismos de ação nas células, tecidos, órgãos e sistemas, sua dosimetria, indicações, precauções, contra-indicações e casos clínicos.

Podólogo Carlos Alberto Banegas - Argentina

Tema 1: Onicomicoses.

Como resolver e recuperar o aparelho ungueal contaminado em casos de unhas dolorosas, grossas e amarelas sem descuidar o componente estético do resultado final.

Tema 2: Onicocriptoses.

Tratamento podológico não invasivo dos encravamentos periungueais. Um detalhado passo a passo para um final exitoso. Trabalho de investigação.

Vídeo-dissertação mostrando o antes, durante e depois.

Podóloga Maria Elaine Hagino - Rio de Janeiro

Tema: Terapias Alternativas na podologia.

O podólogo deve estar sempre apto para dar alívio, descanso e completo conforto aos pés de seus pacientes. Apresentação de Terapias Alternativas.

Dr. Mauro Pena - Rio de Janeiro

Tema: Dores nos pés: principais causas e tratamentos.

Quais são as principais causas da dor, o que fazemos para detectar suas causas e quais são os seus tratamentos.

Podga Aparecida Maria Bombonato - São Paulo

Tema: Técnicas e Procedimentos no Aparelho Ungueal.

Abordagem dos vários tipos de lâminas ungueais com as técnicas de tratamento, causas e procedimentos na onicocriptose com e sem granuloma.

Local: Centro de Convenções Sul America - Cidade Nova - Rio de Janeiro - Brasil

Organização

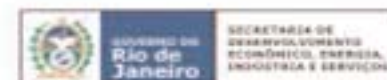
revistapodologia
-com

www.revistapodologia.com

Realização



Apoio



Terapia Fotodinâmica Tópica para Onicomicoses.

Podologo Armando Bega. *Brasil.*

A terapia fotodinâmica começou a ser desenvolvida no início do século XX, quando Raab corou paramécios (um protozoário que vive na água) com alaranjado de acridina (corante) e descobriu que ao se aplicar uma fonte de luz sobre esses paramécios corados, eles morriam, podendo deduzir daí que essa junção da luz com um determinado tipo de corante era capaz de destruir microrganismos.

Nascia assim a terapia fotodinâmica, cuja sigla em inglês é PDT - Photodynamic Therapy.

Durante muitas décadas os cientistas estudaram vários tipos de corantes e perceberam que somente alguns apresentam características especiais de fotossensibilização, ou seja, são sensibilizados pela luz, mantêm-se estáveis durante a irradiação luminosa e excitam o oxigênio presente na área aplicada, formando um tipo de oxigênio excitado e levando à liberação de radicais oxidativos que destroem os microrganismos.

Esses corantes foram chamados de fotossensibilizadores e passaram a ser usados para a obtenção de efeitos terapêuticos.

Estudos em meados do século XX demonstraram que a aplicação de fotossensibilizadores em tumores e a posterior irradiação de Laser terapêutico (soft Laser) fazia diminuir e, até mesmo, desaparecer as células neoplásicas.

Foi no final da década de 1990 que a PDT chegou ao Brasil e começou a ser usada no tratamento de tumores, pela equipe do Dr. Guilherme Cestari Filho, do Hospital Amaral Carvalho, de Jaú, e da Dra. Cacilda da Silva Sousa, do HC da USP de Ribeirão Preto .

Em estudo recente realizado pela Faculdade de Medicina do ABC, em Santo André, estado de São Paulo , aplicou-se a PDT em paciente com Sarcoma de Kaposi e onicomise, conseguindo-se o desaparecimento das lesões do sarcoma, bem como a negatificação da onicomiose em todas as unhas.

Na Podologia a PDT é utilizada, até o momento, na terapia de onicomicoses, apresentando excelentes resultados.

O procedimento é simples e consiste em limpeza da unha e aplicação tópica de um fotossensibilizador combinado com a aplicação de

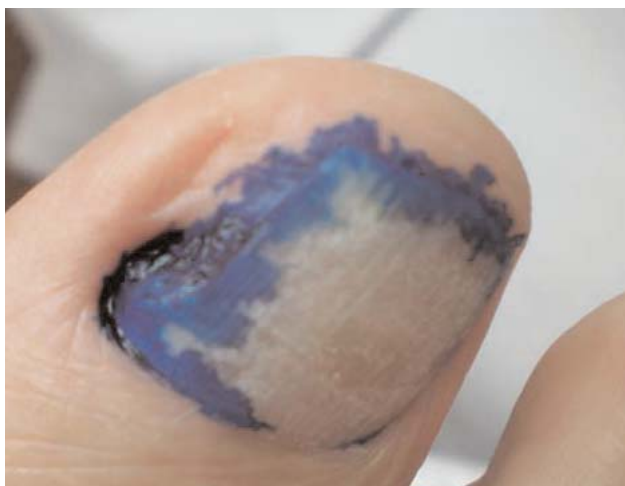


LASER de baixa potência (de 30 a 100mW) ou LED vermelho com 1W de potência, que emite fótons na cor vermelha (comprimento de onda de 660nm).

As sessões terapêuticas acontecem uma ou duas vezes por semana e se repetem até o crescimento da unha sadia, que varia de acordo com o tempo de crescimento da unha de cada pessoa.

As vantagens dessa terapia são as seguintes: não apresenta toxicidade; não necessita de tratamento combinado, a não ser que, a critério médico, seja prescrito um medicamento tópico ou sistêmico e não apresenta efeitos adversos.

Muitos casos têm recebido esses cuidados e têm apresentado ótimos resultados, ainda não se sabe se todos os tipos de fungos são sensíveis a essa terapêutica e recomenda-se o acompanhamento multidisciplinar, médico e podólogo,





para a realização de diagnóstico diferencial de outras doenças da unha, com realização de exames micológico direto e de cultura de fungos.

Podologo Armando Bega

Coordenador do Curso de Graduação Tecnológica em Podologia
 Universidade Anhembi Morumbi
 Técnico em Podologia, Enfermeiro.
armando.bega@uol.com.br

Bibliografia

- Fotos: Armando Bega, Consultório.
- 1- SILVA, A.R. Análise das propriedades fotossensibilizantes do In (III)-mesotetrafenilporfirina para uso em terapia fotodinâmica; Tese de Mestrado, Instituto de Química, Universidade Estadual de Campinas, 2003. In: <http://biq.iqm.unicamp.br/arquivos/teses/vtfs000294016.pdf>
 - 2- TARDIVO, J.P.; et. Al. Revista da Soc. Bras de Laser - vol. 14, n.1/2006



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

Diabetes Mellitus.

Folheto Educativo como Aporte para a Prevenção.

Autores:

*Dr. Alberto Quirantes Hernández * - Dr. Jorge Jiménez Armada ***

*Dr. Vladimir Curbelo Serrano ** - Dr. Leonel López Granja ****

*Dr. Alberto Quirantes Moreno **** - Tec. Miriam Mesa Rosales ******

** Especialista de Segundo Grado en Endocrinología Jefe del Servicio de Endocrinología*

*** Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna*

**** Especialista de Primer Grado en Medicina Interna*

***** Residente de Segundo Año en Endocrinología - Hosp. "Hermanos. Amejeiras"*

****** ATD en Podología. Profesora de Área Práctica*

Hospital Docente Clínico-quirúrgico "Dr. Salvador Allende"

Municipio Cerro - Ciudad de la Habana - Cuba.

Resumo

Considerando que a educação diabetológica é a base fundamental para prever nos pacientes diabéticos as complicações, a mortalidade e os custos que puderam derivar-se dessa doença, decidimos tomar de uma investigação ramal oficial do Ministério da Saúde Pública o código de conduta para os pacientes diabéticos desenvolvidos pelos autores dessa investigação e imprimi-la em um folder, veículo idôneo por seu baixo custo e a facilidade de sua distribuição, para que fosse distribuído de forma massiva entre os diabéticos de todos os níveis de saúde como ferramenta educativa.

Este código de conduta foi chamado "As 7 leis do Êxito do Paciente Diabético" e constitui uma mensagem compacta e fácil que ao repeti-lo com frequência se converte no reforço constante dessa plataforma educativa que exorta aos diabéticos, de forma razoável e bem argumentada, a que atuem de determinado modo para eliminar da maneira mais completa possível os fatores de risco que favorecem a aparição das complicações, muitas delas graves e mortais, derivadas de sua doença, tendo em conta, ademais, que apóia de forma importante a educação popular diabetológica desses pacientes e de seus familiares. Outros países também se podem beneficiar deste folder já que tem a vantagem de sua fácil distribuição através do formato digital.

Introdução

Ao finalizar o ano 2005, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde Pública, existiam em Cuba 356,850 diabéticos.

Se por cada diabético conhecido pude-se exis-

tir ao menos duas pessoas vinculadas ao paciente por razões de parentesco e convivência, se pode pensar que em nosso país tem mais de um milhão de pessoas relacionadas com a diabetes mellitus, direta ou indiretamente, em uma população de 11,257,105 habitantes.

A diabetes mellitus é em muitos países o principal problema de saúde e esta alcançando proporções epidêmicas (1). A Organização Mundial da Saúde ressalta a importância de esses doentes logrem um maior grau de autocuidado e de qualidade de vida (2).

O objetivo deste trabalho é desenhar um folder educativo, sumamente fácil e econômico, com um conteúdo de elevado nível científico e pedagógico, que permite a educação diabetológica integral do paciente, dos seus familiares e do pessoal da saúde relacionado com a doença, para diminuir a mortalidade, as complicações, muitas delas graves e mortais, e os custos na diabetes mellitus.

Material e método

Se desenhou um folder educativo com "As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético", um completo código de conduta para lograr um ótimo controle destes doentes, exposto em um programa desenvolvido e proposto para sua generalização pelo Grupo de Expertos do Programa Ramal de Saúde "Qualidade de Vida" do Ministério da Saúde Pública No seu Trabalho de Fechamento de projetos ramais (3,4,5).

Parta o desenho do folder foi utilizado um computador Pentium IV com programa Word XP, com pagina horizontal de 8 por 11 polegadas e a ferramenta columnas. *

Resultados

Se adjunta o folder educativo para a diabetes mellitus com "As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético" e a forma em que se deve dobrar para sua entrega. **

Discussão

"As 7 Leis do Êxito do paciente Diabético" constitui uma mensagem compacta e fácil que, ao repeti-lo com frequência, se converte no reforço constante dessa ferramenta educativa que exorta aos diabéticos, de forma razoável e bem argumentada, a que atuem de determinado modo para eliminar da maneira mais completa possível os fatores de risco que favorecem a aparição das complicações derivadas dessa doença.

Tal como se expressa na Primeira Lei, a educação diabetológica e de vital importância para o diabético possa manter um controle adequado de sua doença. Com esta educação, que se incrementa com a assistência sistemática a consulta médica, tal como o diz a Segunda Lei, se consegue o cumprimento das restantes (6,7).

Em relação à Terceira Lei que orienta sobre a necessidade da assistência mensal a consulta de podologia com o fim de prever o chamado "pe diabético" e as subseqüentes amputações, aqui se podem tomar medidas oportunas na prevenção dessa complicação e reforçar a educação diabetológica do paciente 8.

O diabético é mais suscetível de padecer lesões gengivais e dentárias e na Quarta Lei se enfatiza a necessidade da visita mensal ao estomatólogo com a explicação correspondente 9.

A Quinta e Sexta Lei assinalam a importância de manter um peso adequado e de evitar o sedentarismo. Com o cumprimento dessas leis se controla e se prevê a diabetes e suas complicações (10,11,12,13).

A Sétima Lei proíbe nos diabéticos o alcoolismo, o tabaquismo e a drogadição, pois tais adições se apresentam com um risco incrementado nos pacientes diabéticos e com facilidade provocam estados de consciência alterados e graves deficiências econômicas que impedem apresentar a atenção necessária ao controle da doença, favorecendo a aparição de complicações vasculares ao facilitar a vaso-constricção e a aparição de severas e as vezes fatais hiperglicemias alcoólicas (14,15,16,17).

Este folheto educativo é uma forma econômica, simples, de fácil divulgação nacional e internacional que parte da orientação diabetológica

massiva ao conter um material educativo de elevado valor científico e pedagógico validado na investigação sobre como elevar a qualidade da vida do diabético que se realizou durante quatro anos em uma comunidade de mais de 130,000 habitantes e cuja base fundamental consistiu em instruir aos diabéticos estudados no cumprimento de "As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético" (3,4,5).

Com uma sólida base científica este folder, voltado em código unificador de ações de prevenção na população diabética, é uma valiosa ferramenta que também serve de orientação ao pessoal da saúde tanto em contatos individuais como para guiar reuniões de treinamento de pacientes diabéticos e de seus familiares e se converte a sua vez em um guia de auto-controle desses doentes que lhes permite empenhar-se em alcançar o cumprimento das úteis orientações propostas, que de forma notável elevaria a qualidade da vida do paciente diabético.

Conclusões

A educação diabetológica do paciente diabético é a arma fundamental para aumentar a qualidade da vida desses doentes. Com isto em mente decidimos confeccionar um material educativo proveniente de uma investigação científica já validada e de comprovada efetividade, "As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético", código unificador de ações de prevenção na diabetes mellitus, e imprimi-lo em formato folder, plataforma de fácil distribuição e muito baixo custo que contribui a melhorar da qualidade de vida destes doentes e diminuir a mortalidade, as complicações e os custos dessa doença em qualquer país do mundo.

Impressão e dobrado do folheto

* Para a montagem da revista teve que fazer modificações do trabalho original e o formato de impressão das paginas 10 e 11 é A4.

** Explicação de como dobrar o folheto.

Imprimir as paginas 10 e 11 em A4 frente e verso.

Atrás da Sexta Lei devera ficar impressa a Quinta lei.

Logo depois de imprimir as duas caras da folha, com a parte da Segunda à Quinta lei de frente, dobrar as partes de Segunda e Quinta lei para dentro, ficando a nossa vista a Primeira e a Sexta lei, dobrar novamente ao meio, assim ficara como primeira pagina a parte onde esta o texto Folheto Educativo.

Sexta Lei

**PRATICAR
SISTEMATICAMENTE
ATIVIDADES FÍSICAS
DE ACORDO COM
A IDADE E COM
O ESTADO
DE SAÚDE.**

A atividade física e uma forma de manter baixo controle as cifras da glicemia ao aumentar o consumo de açúcar pelos músculos.

A atividade física qualquer que seja sua intensidade,

facilita o gasto de energia e, por tanto ajuda a dieta na redução do peso.

O exercício físico também estimula a formação e inibe a perda do osso.

O exercício físico realizado regularmente também produz uma maior sensação de bem estar geral.

Sétima Lei

**A LEI DO NÃO:
- NÃO TABAQUISMO
- NÃO ALCOOLISMO
- NÃO DROGADIÇÃO**

Na diabetes mellitus a pratica de qualquer deses estados aditivos adquire uma dimensão nociva agigantada já que

se produz um abandono no cuidado desta doença ao provocar-se estados de consciência alterados assim como uma afetação na economia pessoal e familiar. Se afeta

notavelmente a circulação sanguínea com o uso do tabaco ou da cocaína e seus derivados. Favorecem-se as infecções inoculadas com o uso freqüente e inapropriado de injeções endovenosas como é o caso da heroína que também traumatizariam repetidamente as valiosas veias do d,iabético e se provocaria as vezes com resultados fatais, as hiperglicemias alcoólicas.

CENDA Reg.No. 2201-2007

FOLDER EDUCATIVO

**AS 7 LEIS DO ÊXITO
DO PACIENTE DIABÉTICO**

Por:

Dr. Alberto Quirantes
Hernández

Dr. Leonel López Granja

Dr. Vladimir Curbelo Serrano

Dr. Jorge Jiménez Armada

Dr. Alberto Quirantes

Moreno

Pod. Miriam Mesa Rosales

Hospital docente

"Dr. Salvador Allende"

Municipio Cerro

Cidade de Habana - Cuba

E uma mensagem

compacta e simples, que ao repeti-lo com freqüência, se convertera no reforço constante dessa

ferramenta educativa que exorta aos diabéticos, de forma razoável e bem

rgumentada, a que atuem de determinado modo para eliminar, da maneira mais completa possível, os

fatores de risco que favorecem a aparição das complicações, muitas delas graves e mortais, derivadas desta doença.

Primeira Lei

**EDUCAÇÃO
DIABETOLÓGICA
PARA O PACIENTE
E SEUS FAMILIARES**

A educação diabetológica e uma arma preciosa no arsenal terapêutico do paciente diabético e por isso a colocamos em primeiro lugar.

O paciente educado no que significa sua doença, dará aos diferentes níveis de saúde em que será atendido uma valiosíssima cooperação que se reverterá em que sua saúde se mantenha em condições ótimas.

Ademais de que conhecerá de maneira perfeita como afrontar as diferentes contingências que se lhes podem apresentar no curso de sua vida ainda quando não tenham um medico a seu lado. Uma família conhecedora do que é a diabetes será manancial inesgotável de compreensão na vida desses doentes.

Segunda Lei

ASSISTÊNCIA TRIMESTRAL A CONSULTA MEDICA DE CONTROLE

Aqui se identifica precocemente qualquer problema de saúde que possa apresentar o diabético, a que o paciente tenha acesso oportuno a qualquer outra especialidade em que precise ser atendido. A realização das investigações complementarias que se precisem, a verificação do controle metabólico do próprio doente e as determinadas e repetidas ações por parte do medico e do pessoal de enfermaria ajudante.

Terceira Lei

ASSISTÊNCIA MENSAL A CONSULTA DE PODOLOGIA

A principal causa de ingresso ao hospital do paciente diabético em muitos países são as lesões ulceradas dos pés. O chamado pe diabético e a primeira causa de amputações não traumáticas no mundo. É crucial para os diabéticos a visita sistêmica a consulta de podologia pois é nesta especialidade que se realiza um exame direto e minucioso dos pés e em etapas precoces se pode tomar medidas oportunas sobre as mais simples alterações que possam aparecer nos membros inferiores somado a educação constante do podólogo nas repetidas visitas do paciente diabético.

Quarta Lei

ASSISTÊNCIA SEMESTRAL A CONSULTA DE ESTOMATOLOGIA

A visita ao estomatólogo de forma preventiva pode evitar ou detectar a tempo lesões sépticas bucais de diferentes causas, caries dentais, doença periodontal, etc. que de existir de forma mais ou menos inadvertida estabeleceria uma negativa relação com níveis elevados da glicemia, o que por sua vez permitira a aparição ou agravamento das complicações derivadas das hiperglicemias mantidas.

Quinta Lei

ALCANÇAR E/OU MANTER O PESO IDEAL SEGUINDO A DIETA INDICADA

Pergunte a seu medico qual e seu peso ideal

O paciente deve manter uma alimentação saudável que lhe ajude a alcançar o peso ideal que se lhe tem calculado.

O excesso do peso corporal contribui a que se mantenham glicemias elevadas e a aparição de novas doenças associadas com a obesidade tais como a hipertensão arterial, o aumento das graxas no sangue, lesões nas articulações que suportam o peso, transtornos circulatórios, etc.

Bibliografia

- 1- Ahman,A.J.: Guidelines and performance measures for diabetes. Am J Manag Care 2007; 13(2 suppl):41-6.
- 2- Alleyne,G.: La diabetes: una declaración para las Américas. Bol Of Sanit Panam 1996; 12(5):461-6.
- 3- Quirantes Hernández,A., López Granja,L., Curbelo Serrano,V., Montano Luna,A., Machado Leyva,P., Quirantes Moreno,A.: La calidad de la vida del paciente diabético. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(1):50-6.
- 4- Quirantes Hernández,A., López Granja,L., Curbelo Serrano, V., Jiménez Armada,J., Tubau Campos,F., Quirantes Moreno,A.: Resultados sobre mortalidad, complicaciones y costos en la diabetes mellitus. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(3):227-32.
- 5- Quirantes Hernández,A., López Granja,L., Curbelo Serrano,L., Jiménez Armada,J., Quirantes Moreno,A., Mesa Rosales,M.: Programa "Mejorar la calidad de la vida del paciente diabético". Resultados finales sobre mortalidad. Rev Cubana med Gen Integr 2005;21:1-10.
- 6- Menard,J., Peyette,H., Dubuc,N., Baillargeon,J.P., Maheux,P., Ardilouze,J.L.: Quality of life in type 2 diabetes patients under intensive multitherapy. Diabetes Metab 2007;33(1):54-60.
- 7- Thomas, P.D., Miceli,R.: Evaluation of the "Know Your Health" program for type 2 diabetes mellitus and hypertension in a large employer group. Am J Manag Care 2006;12:SP 33-9.
- 8- Anichini,R., Zecchini,F., Cerretini,I., Meucci,G., Fusilli,D., Alviggi,L., Seghieri,G., DeBellis,A.: Improvement of diabetic foot care after implementation of the international Consensus on the Diabetic Foot (ICDF): results of a 5-year prospective study. Diabetes ResClin Pract 2007;75(2):153-8.
- 9- Mattout,C., Bourgeois,D., Bouchard, P.: Type 2 diabetes and periodontal indicators: epidemiology in France 2002-

2003. J Periodontal Res 2006;41(4):253-8.
- 10- Rizvi,A.A.: Management of diabetes in older adults. Am J Med Sci 2007;333(1):35-47.
- 11- Boer,I.H., Sibley,S.D., Kealenbaun,B., Sampon,J.N., Young,B et al.: Central obesity, incident microalbuminuria and change in creatinine clearance in the epidemiology of diabetes intervention and complications study. J Am Soc Nephrology 2007;18:235-43.
- 12- Edelstein,S.R., Lachen,S.M., Bray,G.A. Delahanty,L., Hoskin,M. et al.: Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes. Diabetes Care 2006;2102-07.
- 13- Smith,T.C., Wingard,D.L., Smith,B., Kritiz-Silverstein,D., Barrett-Connor,E.: Walking decreased risk of cardiovascular disease mortality in older adults with diabetes. J Clin Epidemiol 2007;60(3):309-17.
- 14- Meisinger,C., Doring,A., Thorand,B., Lowel,H.: Association of cigarette smoking and tar and nicotine intake with development of type 2 diabetes mellitus in men and women from the general population: the MONICA/KORA Augsburg Cohort Study. Diabetologia 2006;49(8):1770-6.
- 15- Mukamal,K.J.: Hazardous drinking among adults with diabetes and related eye disease or visual problems: a population-based cross-sectional survey. Ophthalmic Epidemiol 2007;14(1):45-9.
- 16- Nyenwe,E.A., Loganathan,R.S., Blum,S., Ezuteh,D.O., Erani,D.M., et al.:Active use of cocaine: an independent risk factor for recurrent diabetic ketoacidosis in a city hospital. Endocr Pract 2007;13(1):22-9.
- 17- Ng,R.S., Darko,D.A., Hillson,R.M.: Street drug use among young patients with type 1 diabetes in the UK. Diabet Med 2004;21(3):295-6. □

DR. ALBERTO QUIRANTES HERNÁNDEZ
 Emai: alberto.quirantes@infomed.sld.cu

FISSURAS:

PORTA DE ENTRADA PARA INFECÇÕES!

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



RESULTADOS SURPREENDENTES!

HomeoPast

O Legítimo Creme para Fissuras!

Altamente Hidratante e Cicatrizante
 Contém Extratos de Plantas Medicinais

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

Um descanso para os pés!



Tenha todos os nossos produtos em sua clínica!



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

Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.

Distribuídos por:



PODOLOGIA ESTÉTICA

Novo Telefone:

(11) 6604-3030

www.homeomag.com.br

atendimento@homeomag.com.br

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL

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



Protetor para hidratação



Novidade!

Saúde e Beleza: Estética, Podologia e Visagismo e Terapia Capilar. Os novos cursos da Escola de Saúde e Bem-Estar da Anhembi Morumbi.



A Escola de Saúde e Bem-Estar da Anhembi Morumbi foi criada em sintonia com o futuro e inspirada nas melhores escolas internacionais. Na área de Saúde e Beleza são três cursos inovadores que formam profissionais preparados para o mercado: Estética, Visagismo e Terapia Capilar e Podologia. Em todos os cursos os alunos contam com uma infra-estrutura completa, como o SPA Saúde, aulas práticas e professores altamente qualificados, além de serem preparados para atender os indivíduos em sua forma plena: estar bem, sentir-se bem e parecer bem.

- **Graduação**
Estética
- **Graduação Tecnológica**
Podologia • Visagismo e Terapia Capilar

**Inscreva-se no Processo Seletivo 2008
e estude na Escola de Saúde
e Bem-Estar da Anhembi Morumbi.**

www.anhembi.br 0800 015 9020



Mundialmente criativa e inovadora
Laureate International Universities

Saltos e Remédios.

Lic. Virginia Fedrizzi. Brasil.

A relação das mulheres e homens com os saltos altos vêm de longa data, alguns registros datam de 2000 a.C., onde nas sociedades antigas, os homens caçavam e proviam o lar e as mulheres criavam, educavam e alimentavam suas famílias, pressupondo uma divisão de tarefas sem desigualdades.

Rituais para homenagear as mulheres colocavam-nas em pedestais de pedra de quase dois metros de altura em sinal de reconhecimento e valorização a ela pelos cuidados com a família e o lar.

Devido a altura destes, passaram a diminuí-los, gradativamente de tamanho, sendo então confeccionados com materiais mais leves e amarrados aos seus pés e, com auxílio de outras pessoas, mantinham-se em local de destaque perante todos e também conseguiam participar das festividades.

Por muito tempo o sapato designava proteção para os pés e em algumas sociedades também representava a classe social a que o usuário pertencia, em outras o sapato definia o homem livre, dos escravos.

A idéia dos pedestais corria o mundo antigo, como em Veneza onde as damas da nobreza para fugir do fenômeno da "Água Alta", utilizavam altas estruturas aos pés, as primeiras "plataformas", impossíveis de caminhar sem apoio, e assim mesmo cada vez mais a altura se tornava um símbolo de status.

Os reis franceses denominados Luízes utilizavam os saltos uma importante peça do seu vestuário como forma de mostrar simbolicamente sua superioridade, conhecidos até hoje os famosos saltos Luíz XV.

Falar em saltos altos sem tentar fazer um raio x do pé em questão, no momento do uso pode se tornar em uma espécie de retórica. Na prática, o que poderia estar ocorrendo a quem usa este estilo de salto, com a intenção de partilhar experiências sobre o que pode estar ocorrendo fisicamente neste momento e propor uma perspectiva mais realista baseada em atendimentos a clientes que tem dificuldades em encontrar calçados, consequência das escolhas feitas quando mais novas.

Recorrentes são as dúvidas sobre até que ponto pode ser verdade tudo o que se ouve e lê a respeito deste estilo que encanta mulheres que enquanto jovens se recusam sequer a pensar nas consequências decorrentes das escolhas que vem fazendo hoje poderiam vir no futuro.

A altura ideal dos saltos para uso diário

Alguns ortopedistas recomendam o uso de saltos de aproximadamente 2 a 3cm, porque seria altura considerada ideal, segundo estudos científicos, para iniciar a caminhada. Esta espécie de "plataforma de lançamento" diminuiria o esforço que ocorreria toda vez que se inicia um passo e o movimento de caminhar perdurando ao longo do mesmo, mas em menor intensidade, até cessar o movimento.

Este esforço poderia estar relacionado com desgastes e deformações em regiões específicas do pé, tornozelos, joelhos, pernas e coluna.

Importante o uso do salto, mas igualmente importante é entender anatômica e ortopedicamente quais efeitos que os mesmos podem causar.

Quem sempre usou saltos altos não consegue usar saltos baixos

Não seria verdade. O que estaria ocorrendo ao pé e perna seria uma espécie de atrofiamento temporário de toda musculatura, ligamentos, nervos e demais partes posteriores da perna habituada ao uso de saltos altos.

Assim, o tanto de altura que o salto estaria evitando fazer para que o pé não encoste no chão, será o tamanho do objetivo de quem está querendo usar calçados baixos sem dor. Ou seja, trabalhar na recuperação destas partes através de alongamento, fisioterapia, massagens, ginástica, com orientação, para que seja possível voltar aos poucos a contar com o funcionamento da panturrilha, perna e consequentemente o restante do corpo, sem dor.

O uso de salto alto dá varizes

Até muito recentemente sempre se soube que era melhor evitar o uso de calçados com salto alto mas, através de uma criteriosa pesquisa desenvolvida durante dois anos pelo professor e cirurgião vascular do Hospital das Clínicas da



Mag Estética

Beleza feita com Arte

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Seja um profissional de sucesso

Uma carreira bem-sucedida exige boa formação profissional

Pioneira no ensino de maquiagem definitiva, a Mag Estética é hoje uma escola referência em cursos de Estética & Beleza no país. Esse é o resultado de mais de 25 anos dedicados ao ensino dos cuidados com a beleza. Venha para a Mag Estética e garanta seu espaço nesse rentável mercado.

O curso que você procura está aqui



Cursos Técnicos: reconhecidos pelo MEC, são a escolha certa para você que deseja adquirir habilitação profissional em cursos que vão do básico ao avançado.



Cursos Livres: nesses cursos rápidos de qualificação você pode escolher os melhores dias e horários para estudar. Uma forma eficaz de profissionalização para quem não tem tempo a perder.



Eventos: a especialização que você precisa está nas palestras e jornadas de aprimoramento ministradas por nossa equipe. A maneira certa de estar constantemente atualizado na profissão.



Produtos: diversidade e qualidade em produtos para esteticistas, micropigmentadores, manicures, podólogos, cabeleireiros e outros profissionais da beleza.

Assim como aqui na página para saber a relação completa de cursos, produtos e eventos.



Av. Paes de Barros, 3237 • Mooca • São Paulo • SP

www.magestetica.com.br



Unicamp, em Campinas (SP), teríamos uma outra realidade.

Dr. João Potério Filho diz: "Com o elevamento do calcanhar, os músculos das pernas fazem mais força, ajudando assim a diminuir a pressão nas veias, que normalmente provocam os inchaços, independentemente de haver ou não a flexão dos pés", e indica o difícil e lento retorno do sangue como causador de varizes.

Além do fator hereditariedade e se a ela se aliar uma vida sedentária, obesidade, constipação intestinal, longos períodos de permanência em pé e ao uso não moderado de saltos altos, aumentariam o risco de aparecimento das varizes.

Relação do uso de saltos altos com a dor nas costas

Fisiologicamente o caminhar dos seres humanos não necessitaria de nenhum tipo de artifício para poder se locomover, além do uso de suas próprias pernas.

Tanto é verdade que o ato de caminhar depende de que a pessoa tenha os membros em condições e vontade de fazê-lo, não dependendo de estar usando algum tipo de calçado nos pés.

Importante observar o pé em detalhes internamente, para começar a compreender melhor esta



estrutura complexa, responsável pela sustentação do corpo humano parado e em movimento.

Em um corpo saudável, normalmente ocorre que quando se está de pé, o eixo de equilíbrio recai no calcâneo, a região dos metatarsos serve de apoio para que o corpo não caia para frente. Quando o salto alto propõe uma altura maior na parte de trás (calcâneos), seria automática a pendência do corpo para frente e é daí que instintivamente inclinam-se os ombros e os membros

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

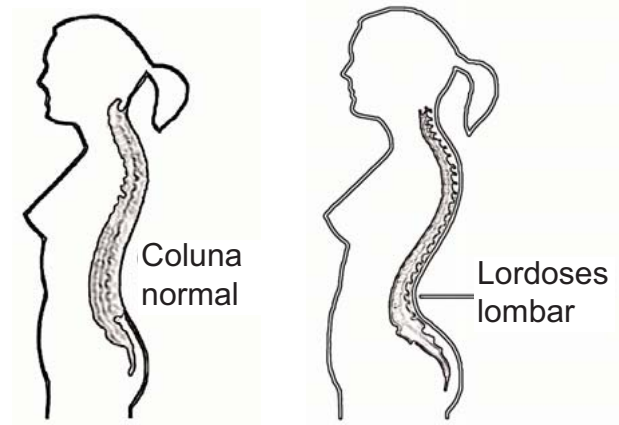


Correta

Alterada

superiores para trás mantendo a região lombar em curva acentuada, mudando muito a posição da estrutura original e fisiológica.

Nestas condições o pé também seria muito exigido a realizar movimentos de sustentação, caminhar, correr, saltar, dançar, etc, diferentes daqueles naturais a sua estrutura.



Estaria-se assim em alguns casos acrescentando ao pé além da realidade do salto alto, bicos finos ou estreitos, diferentes da anatomia do pé, alterações que conseqüentemente também ocorreriam com outras partes do corpo.

Quando se utiliza o salto alto nas primeiras vezes há um desconforto inicial, um misto de alegria e sensação de prazer em ter de se equilibrar encima de algo tão diferente de sua realidade até então, consenso tácito entre as mulheres que considerariam este tipo de situação apenas como algo com o qual "habituar-, se".

Segundo elas vale mesmo é o efeito que se tem na silhueta, o arredondamento lombar, outro consenso que estaria fortemente vinculado ao



MICROMOTOR MF 2.000 Plus

Prático, ágil e versátil.
Acompanha maleta.
Peso total: 1,4kg

**1 ano
de garantia!**
ASSISTÊNCIA TÉCNICA
EM TODO TERRITÓRIO
NACIONAL

Micromotor
e Suporte

Massageador

Específico para o MF 2.000 Plus (Opcional)

Anatômico,
extremamente leve
e silencioso.
Possui controle de
potência de vibração,
tornando-o adequado para
todo tipo de utilização.
Lançamento exclusivo Metalúrgica Freitas,
sem similar de mercado!

Caixa
Controladora

0 a 30.000 RPM Bivolt
Rotação direita e esquerda
Dimensões: 130x105x90mm
(Compr x Larg x Alt)

Permite acoplar o Micromotor e
o Massageador simultaneamente.

Motores de
Suspensão



MF-40
110 ou 220v
0 a 18.000 RPM

M-40
110 ou 220v
0 a 12.000 RPM

Peças de Mão

Para uso com motores de suspensão

Caneta
Flexível
Automática

Caneta Fixa Automática.
De uso contínuo,
intermitente,
leve e fácil de
manipular.

Aplicações

Psicologia

Manicure

Prótese

Estética

Veterinária

Dermatologia

Ótica

Ferramentaria



CONSULTE-NOS SOBRE EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS DO NOSSO CATÁLOGO PARA PROFISSIONAIS DE DIVERSAS ÁREAS DE ATUAÇÃO

mf Freitas
METALÚRGICA

Center Freitas: (11) 3672-2469

Rua Coriolano, 1438 - Lapa - CEP: 05047-001 - São Paulo - SP
www.metalurgicafreitas.com.br • mfreitas@mfreitas.com.br

tipo físico da brasileira.

E é neste ponto que, ainda jovens legiões de mulheres se dispõem a treinar sua capacidade para não dispensar mais do salto, aceitando ser algo natural, o sacrifício a que estão sujeitas, por motivos inconscientes ligados principalmente padrões estéticos e de moda.

Quase sempre quando há o aparecimento de bolhas, inchaço, câimbras, calosidades, deformação dos dedos e dores no pé, panturrilha, joelhos, poderiam estar servindo de alerta para algo que não estaria funcionando bem e que ainda nesta fase não teria efeitos graves e suficientemente visíveis. Com o passar do tempo, através dos contatos com mulheres acima dos 40 anos, o que geralmente ocorre é o arrependimento pelas escolhas de seus calçados, mal orientadas e impulsivas no período da juventude.

Bastaria observar e tentar entender se seria apenas uma coincidência ou então investigar o porquê da opção de calçado mudar radicalmente para o uso de tênis ou outros modelos confortáveis nos dias seguintes ao uso de saltos altos.

Pé incha quando o uso de saltos altos

O uso de saltos altos exige um esforço de todas as articulações dos pés, tornozelos e pernas, pelo tipo de postura que o corpo assume, e este aspecto já vem sendo abordado por especialistas de várias áreas.

Usando a dança como exemplo de esforço, não para um profissional da área, habituado a exercícios e trabalho muscular, mas para o caso de pessoas normais que saem para dançar com saltos altos. Para este tipo de 'atividade extra', elas poderiam estar aumentando os esforços de toda a estrutura do corpo para conseguir realizar os movimentos que estão sendo impostos a ela.

Como para qualquer outra parte do corpo onde houvesse a exigência de um movimento repetido



ao qual não se esteja preparado, provavelmente a consequência seria a de dores, inchaços e até lesões. No caso do pé, que em geral é uma estrutura praticamente sem gorduras, com um sistema integrado de músculos, nervos, ligamentos, ossos, veias, enfim, uma engrenagem para a locomoção, o inchaço é um indício que deva ser investigado.

O calçado poderia ser o responsável pelo inchaço dos pés, mas não apenas pela altura dos saltos, pelo tipo de salto, também pela largura de fôrma, tipo de gáspea, materiais de que ele é feito, além da atividade que se está fazendo com o tipo de calçado escolhido.

Queimação embaixo do pé, abaixo dos dedos e o aparecimento de bolhas

O aparecimento de bolhas seria decorrência do atrito/fricção a que a pele teria sido submetida quando não existe espaço suficiente para que ela se expanda podendo realizar o movimento desejado. Inicialmente há um pequeno avermelhamento da pele que pode aumentar causando o descolamento da pele pela irritação até machucar o tecido.

O estágio inicial deste processo seria a sensação de queimação, algumas vezes provocada pelo atrito que o pé, com ou sem meias, sofre contra a palmilha dentro do calçado. Em alguns casos o forro da palmilha sendo de material sintético, por exemplo, aumentaria mais a propensão à formação de bolhas e machucados nos pés, pois não haveria a absorção natural do suor porque o material não tem esta característica e o pé permaneceria escorregando dentro do calçado.

Existem alternativas para estes casos, uma delas seria trocar a palmilha para materiais como o couro, ou usar meias-palmilhas estofadas, próprias para esta região de maior atrito para aliviar o desconforto do pé.

Opções para quem precisa usar saltos altos

Seguem algumas dicas para auxiliar na avaliação de suas escolhas:

1. No momento da escolha de um modelo mais adequado ao trabalho, a sugestão é prestar atenção ao uso que vai ser feito, lembrar do dia-dia com o calçado.

2. Avaliar quanto tempo é que se deve andar de saltos altos. Imagina-se que o dever se coloca acima do poder estar usando algo que, pela falta de atenção à importância do conforto dos pés, possa estar prejudicando até mesmo sua performance no trabalho.

3. Existem modelos de saltos baixos que podem ser usados no ambiente de trabalho como

as sapatilhas e os sapatinhos de bico mais estreito ou em formatos amendoados, com saltos de 3 a 4cm de altura que não deixam nada a desejar em termos de beleza e moda.

4. Escolher modelos que favoreçam o formato do pé. Com atenção, é possível identificar modelos que se assemelham à largura dos pés da região dos metatarsos, ou ainda modelos que não comprimem os dedos apesar de ter o bico fino.

5. Os saltos dos calçados devem oferecer estabilidade e segurança, não deveriam dar a sensação de balanço quando parado, ele é a base onde vai ser apoiado o peso do corpo.

6. Os materiais como couro são recomendados para forro e cabedal, porque sendo peles naturais, permitiriam a troca de temperaturas. O suor evapora pela transpiração do material quando em repouso diminuindo a sensação de calor excessivo nos pés.

7. Alongamentos são recomendados para as áreas mais exigidas dos pés e pernas, devido ao tensionamento de toda musculatura para se manter em pé e em movimento encima dos saltos.

8. A musculatura dos pés, panturrilhas e pernas deveriam ser massageadas constantemente para auxiliar no relaxamento destas partes muito exigidas.

9. Recomenda-se também colocar as pernas para o alto no final do dia, para descanso e alívio da sensação de pressão nas pernas, auxiliando na circulação sanguínea.

10. Analisar sua sapateira e optar pelos calçados que não exigiriam um esforço extra para o uso no trabalho, sendo recomendável desfazer-se dos demais para evitar surpresas desagradáveis á anatomia tanto do pe quanto a do próprio corpo, num futuro próximo.

Aparentemente, não existiria uma relação entre os saltos dos calçados e os remédios para tratar problemas de saúde, como sugere o título deste artigo. Mas existe, e ela está na dosagem! Ambos poderiam ajudar na melhora física, emocional e até psicológica, ou prejudicariam a saúde, de formas até irreversíveis, em alguns casos.

A orientação é: observar, investigar, testar e agir em favor da saúde como um todo, partindo do cuidado com os pés!

Nos encontramos no próximo artigo!

Virginia Fedrizzi
Consultora em Calçados
vfedrizzi@terra.com.br



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

Fístulas e Higromas nos Pés.

Podologa Lafont y Podologa Pechin. França.

Tem aqui um tema banal e complexo por vez. Banal por que em podologia o higroma ou a fístula se encontram muito correntemente, e complexo por que cada um dos casos que enfrentamos nos oferece um problema muito particular.

O estudo deve fazer-se em função a:

- Sua localização
- Evolução
- Estado da pele
- E as complicações que podem sobrevir.

Algumas vezes o tratamento terá um resultado espetacular, quase milagroso. Outros a recidiva nos levará a fase inicial.

Em efeito, segundo Leriche, "Toda operação que não logre destruir a causa, sera infalivelmente destinado ao fracasso".

ETIOLOGIA

Em primeira instancia a causa essencial é um microtraumatismo repetido. Motivo muito evidente, sempre ligado a causas secundarias. O homem civilizado esta obrigado a calçar-se, mas deveria fazê-lo de tal forma que não submeter-se seus pés a uma pressão rígida e sustentada.

O problema se complica quando, ademais, existem deformações ósseas de origem estático-congenitas, no nível dos quais se exerce uma pressão máxima.

OS MICROTRAUMATISMOS

A repetida hiper-pressão, unido as fricções laterais e transversais do sapato, provocam uma irritação no tecido celular interno e a sua vez a epidermes sofre uma hiperqueratose. Continuam as pressões que, em uma segunda etapa, laceram os tecidos conjuntivos, dando origem a um pseudo higroma, afecção tórpida no principio, dolorosa depois e, por ultimo, inflamatória.

A formação da bolsa secrosa, como defesa do organismo, representa uma cobertura que quando se machuca provoca uma fistula.

PERTURBAÇÃO ESTÁTICA DO PÉ E DOS DEDOS

Toda a deformação do pé, já seja de origem

congenito ou suscitado, constitui um ponto de partida para a hiper-pressão e, por onde, para a instabilidade, motivo de uma atitude viciosa que recairá sobre a arquitetura e a fisiologia funcional do pé. Pressão, mais deformação, são as razões intimamente ligadas às lesões microtraumáticas, em onde a fricção chega a seu ponto máximo. Vale dizer que os fatores desencadeantes de esta afecção são agentes mecânicos e químicos de ordem externa.

Apesar dos progressos da higiene e a educação moderna, ainda se encontram pés desaseados em um gabinete de podólogo. Mas são os anciãos e os alcoólicos que apresentam maiores dificuldades sobre sua pele, mal irrigadas, secas, fracas, muito descamadas, lábil, com problemas tráficos importantes em unhas frágeis ou rotas. Entre os casos com maiores alterações, em seu estado geral se encontram os diabéticos, os artríticos, os ateroscleróticos, etc. com problemas agravados e debilitados por transtornos neurovegetativos.

Resumindo, o estado do pé e da pele, muito particularmente, jogam papeis primordiais na defesa de uma epidermes inibida de reacionar anticorpos estranhos e corrosivos, que faram processos de aceração, fistulizações e, em ultima instancia, necrosantes nas zonas profundas e nos espaços subjacentes. Os corrosivos provocaram a maceração das placas córneas e destruíram as papilas dérmicas vizinhas. Uma reação congestiva do tecido interno favorecera ao traumatismo e a formação de um higroma. Se este já existe, ira ao obsceso.

ANATOMIA PATOLÓGICA

"As feridas inflamadas ao seu redor não cicatrizaram ate o cese da inflamação.

As zonas circundantes se obscurecem, seja pela influencia sangüínea, seja por alguma varice inflamada. E não voltara à normalidade, ate que as zonas do ao redor não se tenham sarado".

O estado anatomopatológico das fistulas demonstram que, em si, não só a doença senão a conseqüência de uma doença.

A fístula pode definir-se como um processo anormal sem possível tendência a cicatrização espontânea, por estar intimamente ligada ao

cizallamento, ou fricção da pele do dedo.

Pode ser congênita e a consequência de uma involução embrionária. O mais freqüente e que um arco bronquial não tenha evoluído e transformado para constituir-se em um órgão próprio de sua natureza, como o ouvido, a laringe, os grandes vasos do coração, etc.

Se as comunicações intrauriculares ou aorticopulmonares são as mais conhecidas de todas, não tem que se esquecer que as fistulas do pescoço podem comunicar ou não com o ouvido, a boca, a laringe, e que já na segunda semana de vida embrionária devem aparecer, e que são os vestígios desses arcos. Herança dos peixes, que nos mamíferos, as aves e posterior ao homem, tiveram ceder lugar - pouco a pouco aos órgãos apropriados. Estas fistulas embrionárias tem um longo trajeto regulado pelas células dos arcos bronquiais. Em consequência, estão perfeitamente construídas.

Têm outras fistulas que são específicas das doenças que acompanham, e que aparecem recobertas por células patológicas, testemunhas dos processos mórbidos iniciais. São as fistulas tuberculosas, sífilíticas, actinomicóticas, esporotricósicas, cancerosas, etc. O exame microscópico de uma porção qualquer de sua estrutura apresenta células gigantes (tuberculosas, sífilis). Reproduzem o câncer inicial ou de células filamentosas (no actinomicosis e a esporotricoses).

Em todos estes casos a fístula não é somente um meio recoletor de secreções ou de pus, senão a expressão de um momento na evolução da doença, que se projeta para outros tecidos. Em efeito; pouco a pouco, se modificam em um resumidero com drena e ao exterior em forma de ulcera, que tendem a destruição dos tecidos vizinhos, mercê das células patógenas, ou outras, que tapizam todo o trajeto fistular. Podemos dizer, então, que estas fístulas não são o fim, senão o começo de uma invasão que desborda regiões intactas até então.

Mais comumente aparece a fístula ao final de um processo infeccioso, consequência de pequenas escoriações cutâneas pelo roce, ou pela aplicação indevida de queratolíticos corrosivos, em cujo período agudo atua como sopapa que chupa, para fechar-se aparente ou definitivamente, segundo que dita infecção tenha desaparecido ou não, de acordo com o agente inicial desencadeante.

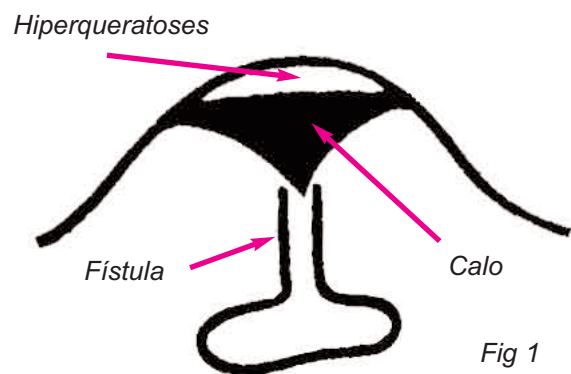
Podemos dizer que o elemento microbiano determinante é, preferentemente, o estafilococo, hospede normal da pele, cuja virulência se agra-

va pela falta de higiene, as perturbações estáticas e os traumatismos repetidos.

CONSTITUIÇÃO DA FÍSTULA O HIGROMA

Ao longo do estudo anatômico de uma dureza fistular podemos seguir sua evolução. Situa-se em um ponto particularmente agredido pelo calçado. "É a expressão mais freqüente desta patologia produzida por pressão", segundo a definiu também Lelievre. As durezas plantares muito raramente se fistulizam. Nas que tem tendência a região pulpar ou retrocalcânea, acompanhadas por um principio de esfacelo, o pus que complica a infecção não pode exteriorizar-se, senão por uma fístula ou higroma.

Este é o fim obrigado de um longo e duro caminho da serosidade ou do pus que se forma e que, bloqueados nas capas profundas pelo apoio osteotendinoso, não tem outra saída que para o exterior de levantar ulteriormente o opérculo córneo (fig. 1).



Ante esta alternativa, a terapêutica é o elemento salvador. Fácil é imaginar o que ocorreria se não se seccionara a membrana que recobre o tampo. A infecção se difundiria por todo o dedo, seguindo um processo normal de avanço ao longo dos planos de clivagem tendino-musculares, para inundar logo os espaços intercelulares da planta.

A fístula aparecera então como ultima expressão de um processo infeccioso, mas também como uma criação artificial pelo instrumental do podólogo.

O pus ou a secreção purulenta que drena com o final da inflamação provocada pela mobilização das defesas do organismo, mercê a vasodilatação arterio-capilar, acompanhada de exudação sero-linfática a traves dos mesmos vasos. Fica construído o edema pela tumefação dos tegumentos, e a dor completara a téttrade do Celso:

"rubor, calor, tumor e dor". Como debaixo da dureza encontramos o ponto mais traumatizado,

1º exudação linfoplasmática nessa região será muito maior. Por distensão dos tecidos vizinhos, o líquido plasmático originara pouco a pouco uma cavidade cuja única solução será a evacuação.

As pressões laterais e verticais exercidas pelo calçado, e a flutuação do pé durante a marcha, produzirão um derrame que, ao começo, será entre a dureza e a epidermes; ou seja, entre duas superfícies de diferentes consistências (fig. 2). Em outros casos, a coleção se vá a formar mais profundamente nos tecidos da hipoderme (fig. 3).

Pode apresentar-se uma bolsa serosa isolada ou associada a precedente, dando lugar a um higroma subdérmico (uma bolha), se as duas bolsas serosas coexistem (fig. 4).

A CAVIDADE SUB-QUERATÓSICA

Mas vulgarmente, bolsa serosa.

Anatomicamente são cavidades serosas, posto que estão constituídas por um apoio de células planas recobertas por uma membrana conjuntiva (fig. 5). Os higromas com complicações de durezas córneas não respondem a esta definição, suas paredes não estão cobertas por células planas. São falsas bolsas serosas.

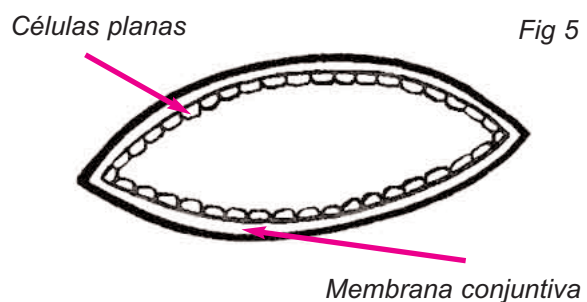
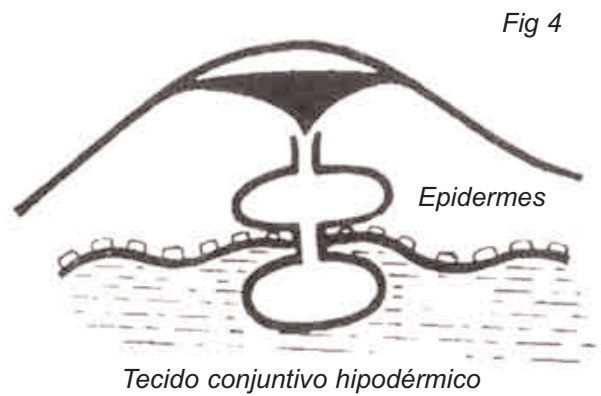
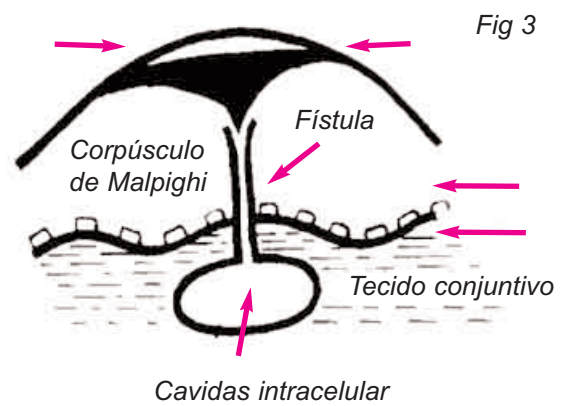
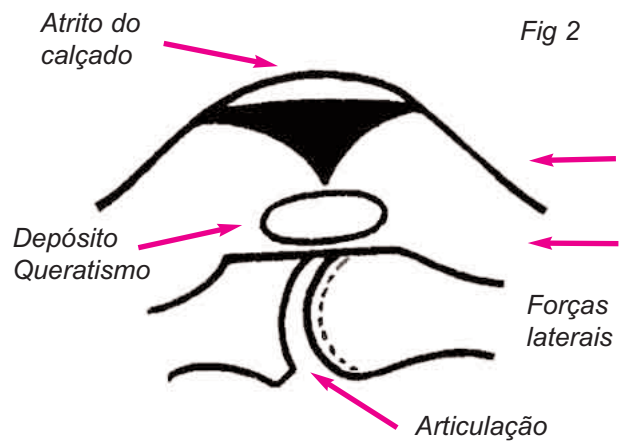
Clinicamente se lhes denomina higromas, mas se lhes deve considerar pseudo-higromas.

Estes não são o mesmo que os situados baixo a 1º cabeça metatarsiana e/ou detrás do calcâneo. Estas são as autenticas bolsas serosas normais, colocadas ali para servir de apoio terminal, e na contração do tendão de Aquiles que articula com o calcâneo e os tecidos vizinhos.

Tal é uma cavidade constituída por distensão dos tecidos, ou pela formação de uma parede. Contem uma serosidade linfo-plasmática, ou bem de pus. No primeiro caso, tem inflamação.

Podem aparecer reações nas partes circundantes com presença de edema, dor e avermelhamento. No 2º caso, se apresenta infecção com odor difuso na base do dedo; logo, edema na parte dorsal superior do pé, linfagites reticular ou troncular, e temperatura.

Por falta de tratamento terapêutico, a infecção assim ramificada sobre si mesma e sem existir um canal fistular ao exterior, não terão outra alternativa que esparramar-se ao seu arredor por meio de canais purulentos. Logo, se construirá uma tendinite supurante do extensor, uma osteíte, ou uma osteoartrites. Por prestar-se á invasão dos espaços celulares, esta se projetara para os trajetos tendinosos em direção á planta.



Em principio, invade alguns pontos no dorso superior, mas não tem que se enganar. O edema e a linfagites enganam às vezes, igual que nas mãos. "O mal se apresenta à inversa". (Forgue). Ataca o dorso, mas invade a planta.

A FÍSTULA É EM SI UMA DOENÇA?

Algumas estatísticas lamentavelmente muito pouco numerosas refletem uma semântica que varia segundo as encostas. Não temos a pretensão de chegar, com este trabalho a uma conclusão categórica. Baseando-nos nos conhecimentos atuais, tem grande variedade de higromas e casos, desde as durezas, as fístulas, a cavidade subjacente organizada, ou não, todas constituem a doença. Muitas vezes estas exteriorizações se aliam a outras questões que se manifestam no ultimo termino, e que o estudo clinico colocara em seu verdadeiro lugar.

E dizer que a fístula (higroma) não e senão sua conseqüência.

Quando o higroma não cura a pesar dos cuidados, significa que esta ligada a uma alteração anatômica profunda. E temos, por fim, o caso da dureza, a fistula, e as cavidades purulentas, associadas ou não a uma perturbação anatômica com cavernas plantares supurantes. Esta trilogia e indissolúvel.

Cada uma refere um estado evolutivo. O primeiro e quando se apresenta um desenvolvimento feliz, com fistulização espontânea e drenagem ao exterior, correspondente a uma infecção epidérmica situada diretamente sobre a dureza (fig. 2).

O segundo caso e quando se produz um trajeto fistuloso associado a uma cavidade, mas com alguns adicionados a mais. Perto desta cavidade se encontra a causa de todo o processo patológico (fig. 6).

Na observação do 5º varo, temos encontrado, duas vezes, cristais de urato de sódio (fig. 7). Cinco vezes notamos a presença de espículas ósseas, colocadas sobre o borde externo da 1ª falange, a distancia de fração de milímetros da cabeça desta.

Em alguns casos, esta espícula e congênita, e responde a um processo ósteo-periostítico inflamatório, conseqüência de traumatismos repetidos. Na maioria dos casos não temos encontrado nada, mas a acusada saliência da cabeça falângica chega a formar um 5º varo, ou um 4º dedo em martelo, unido a um 3º em garra congênita, ou a um 2º em garra.

De fato, o responsável dos transtornos patológicos e um cajado lateral. O mesmo ocorre com a saliência do tendão na dureza ligamentosa do varus, no 1º metatarsiano, deformação de Hagilund.

No terceiro e ultimo caso, no contato ósseo com o estilete explorador da fistula, se nota um aspecto irregular do osso subjacente.

O exame clinico deveria orientar-se para as lesões profundas, ante as quais a fístula cede o passo. Esta difusão faria os planos internos e a conseqüência da falta de cuidados, e de uma terapêutica apropriada.

O terreno poderia ser fator predisponente. Mas a razão principal será uma sensibilidade particular do individuo para o estafilococo. Também serão motivo de importância às pequenas lesões ou raspaduras sobre uma pele mal defendida.

A diabetes não intervém neste estado excepcionalmente, porque esta não permite a formação de pus, senão que tende a provocar a destruição gradual dos tecidos, que se eliminam, ate sua necroses, por fistulas múltiplas.

Quando os dedos dos pés se tornam volumosos, cianóticos, de pele tirante, se constituem na entrada a uma invasão mais profunda, que antecede a um estado gangrenoso.

Na diabetes, a fístula da lugar a um quadro clinico muito particular, que impõe um tratamento medico urgente, de ordem geral.

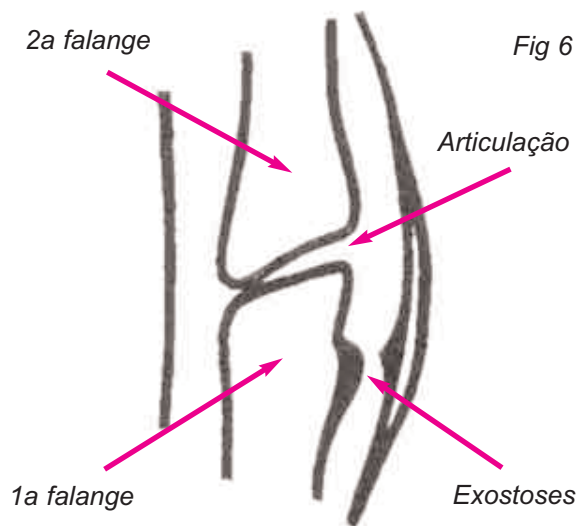


Fig 6

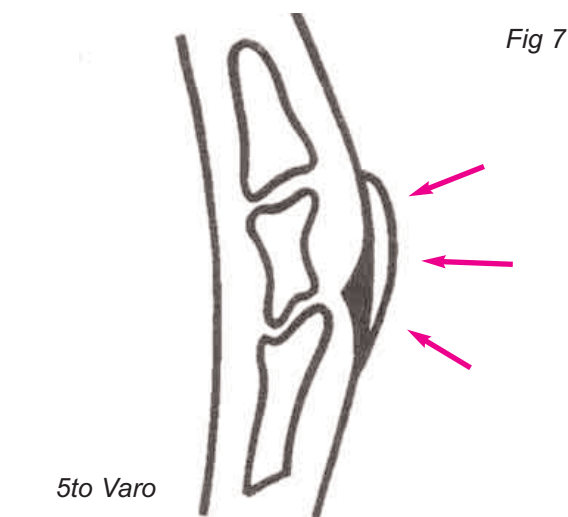


Fig 7

Escola de Formação Técnica Profissional

Mag Estética

Beleza feita com Arte

Autorizada pela DER Centro-Sul em 15/08/2003

Pioneira em Micropigmentação no Brasil

MATRÍCULAS ABERTAS

(11) 6161-7763

CURSO QUALIFICAÇÃO BÁSICA DE PODOLOGIA

TERÇAS-FEIRAS: 13:00h ÀS 16:30h
QUARTAS E QUINTAS-FEIRAS: 9:30h ÀS 16:30h
Carga Horária Total: 400 horas, com 4 módulos de 100 horas.

- CURSO TÉCNICO ESTETICISTA
- CURSO TÉCNICO DE PODOLOGIA

INÍCIO EM 19 DE FEVEREIRO DE 2008

Para informações, ligue (11) 6161-7763

CURSOS LIVRES

- Pedicuro Calista
- Pedicuro Calista (aperfeiçoamento)
- Reflexologia Podal
- Manicure e Pedicure
- Unhas de Porcelana
- Unhas de Gel sem Lâmpada
- Unhas de Silicone
- Unhas de Nova York

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

Ligue e peça informações sobre os nossos demais cursos:
(11) 6161-7763



Kit Polimento de Unhas

ADQUIRA JÁ!
(11) 6161-7763



Kit Unhas de Porcelana



Kit HomeoMag



Kit Podologia

ESTUDO CLINICO

Não é possível traçar um quadro que englobe a sintomatologia das fistulas, pois estas terão sua fisionomia de acordo com a região onde se situem. Se o fazem em tecidos profundos, requerem a intervenção cirúrgica de imediato. Se se apresenta ao tratamento do podólogo, geralmente se observam sobre um dedo em martelo, de baixo de uma zona mais ou menos queratinizada, seja calo ou dureza.

Faremos igual tratamento a certas bolsas serosas anatômicas que, em condições locais similares, evoluem para formas clinicas semelhantes.

A fistulização á nível de pele pode resolver-se para o exterior de maneira espontânea, ou provocada pelo corte, intervenção cirúrgica, etc. Toda fístula precisa ser investigada em função de localização e estado do sujeito. Lugar de preferência e o dedo em martelo congênito ou adquirido, sua proximidade ou a pouca distancia.

A cresta, ou o ângulo que forma a articulação interfalângica, provoca uma fricção dolorosa. Deformação e pressão contribuintes a que se forme um heloma com sua bolsa serosa. A dor é aguda e insuportável. Quando intervém o podólogo, a fistula aparece na sua forma mais típica.

Depois de perfurar o ponto córneo, se observa um orifício mais ou menos escuro, e debaixo dele, um canal fistuloso de 1 ou 2 mm. próximo com a cavidade serosa do higroma.

Pode ter a forma de botão de camisa, ou de ampulheta. Pela abertura espontânea ou executada com instrumento, sai um liquido seroso, ou pus, ou sangue, que resolveram a cicatrização. Pela descompressão dos tecidos e a saída dos líquidos, o alívio será imediato.

É muito rara a fístula a nível de uma dureza plantar. Seus lugares de preferência são: as superfícies metatarsianas, a exostoses em geral e a do 1º em particular, e baixo a cabeça do 5º dedo.

Seguindo o plano do declive, o trajeto de drenagem é mais curto. A proximidade da cavidade serosa mantém aberta por mais tempo a ferida, e toma as características típicas de uma ulceração, mais que de uma fistula.

Ao nível de um tendão tem rasgos específicos, dado que na profundidade não se encontram tecidos ósseos, senão (neste caso) o tendão extensor do dedo gordo em retração. Ai estar a pele muito delgada e o tecido celular subcutâneo pouco profundo, não se ode falar de fistula, senão de esfacelo cutâneo.

O higroma do hallux valgus, a bolsa serosa sofre a dobre fricção: pela exostoses e pelo roce. O micro traumatismo inflama o higroma diretamente. Pode faltar a hiperqueratoses. A pele esta

vermelha, um ponto córneo obstrui a bolsa serosa e não permite sua evacuação, senão gota a gota. De um espesso de 2 mm e um longo entre 2 e 3 mm, se saca facilmente ao exterior.

Na deformação simétrica do hallux valgus, a bursites externa da 5ª cabeça metatarsiana apresenta as mesmas características que no caso anterior.

A nível sesamoideo, a hiper-pressão faz aparecer um higroma doloroso sobre a cara plantar destes, tanto interna como externa. As causas são diversas: o 1º metatarsiano mais longo em relação com o 2º, ou na deformação de Haglund, sobre a cara posterior do calcâneo pelo talão de sapatos muito alto, ou muito obliquo, ou contra forte muito duro, os saltos femininos muito altos, ou por arco muito cavado, ou sobre um calcâneo deformado por fratura com hiperqueratoses agravada por contato direto com o osso, ou pelo frio, pode, inclusive, provocar-se um pequeno esfacelo cutâneo que não chega a ser fistula.

Sobre estas regiões, o espessamento da pele e o roce do tecido celular não permitem a clivagem favorável para uma cavidade serosa. (Ficam excluídas as bolsas serosas anatômicas retro-calcâneas).

Quase sempre o estado geral do paciente, como o caso dos diabéticos, os artríticos, a fístula é espontânea, melhor dito, começa com uma destruição celular como expressão das lesões necróticas próprias da doença.

Nos anciãos se observa uma necrose asséptica, como resultado de uma irrigação imperfeita. O mesmo modo que deficiências na pele por alterações, com fistulas espontâneas de lenta cicatrização e freqüentes recidivas.

EM CONCLUSÃO

As autenticas fistulas, longas ou sinuosas são produto dos helomas digitais. Nos demais casos, como calo tendinoso, plantar, interdigital, interfalângico, do dedo gordo da cara posterior do calcâneo, os situados baixo uma cabeça metatarsiana com acusada saliência, etc. pode tratar-se de um orifício provocado pelo roce. E isto, na medida em que a pele, adelgado e oprimida este contra os planos profundos sem a proteção do tecido celular.

É quando doenças como diabetes, artrites, ou neurológicas como Tabes, Parkinson, etc. perturbam a nutrição celular e a notificação do tecido cutâneo por roce, e fator importante no processo fistular.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

O olho de galo, originado pela compreensão das articulações inter-falângicas não é, em reali-

dade, uma fistula. Por quanto a pele de entre os dedos não se tenha espessado. O olho de galo e, como muito, um papiloma traumático formado por tecidos macerados sem aeração, e com frequência, complicados por uma micose.

Dureza úmida: As estatísticas mais otimistas afirmam sua cicatrização a curto prazo, e nas ultra rápidas, quase milagrosas, não se trata de outra coisa que de durezas úmidas e não de calos fistulosos. E prudente evitar confusões no reconhecimento da dureza.

Quais são, pois, suas características?

Em aparência, nenhuma; mas assinalamos a falta da bolsa serosa no tecido conjuntivo.

Ao nível da derme aparece uma espécie de flictena baixo uma delgada capa queratinizada, se a cavidade resume um líquido seroso, com ou sem carga sanguínea, ou de pus, a cicatrização será rápida, depois de uma aplicação indolora, sem anestesia.

A cicatrização se obtém mediante uma simples oclusão asséptica durante dois ou três dias.

A origem do calo úmido e puramente traumático, e se localiza sobre o dorso de um dedo ou extremidade em um espaço interdigital.

E da extremidade falangica não apresenta fistulas, mas sofre pressão cutânea, o mesmo que um heloma subungueal, que forma uma massa de tecido epidérmico aderido a tegumento que separa a unha de seus leito. A ausência do tecido celular não permite a formação de uma cavidade purulenta ou serosa, mas, em troca favorece a mortificação epidérmica.

EVOLUÇÃO

Algumas fístulas curam espontaneamente, se a causa e imputável a outras afecções.

Apresentam recidivas, a pesar dos cuidados. Por ele, a investigação deve orientar-se para as causas, que podem ser: micro traumáticas (pelo calçado), por afecções estáticas, e eventualmente, um mal terreno.

Conhecemos as quatro fases evolutivas descritas por Wallet:

- 1º) Período de sensibilidade (dor a pressão);
- 2º) Período doloroso (dor vivo, especificamente no periostio);
- 3º) Período de infecção (o abscesso pode fistular-se. Dor insuportável);
- 4º) Período insuportável (bolsa serosa infectada).

Se o tratamento não se orienta em função a

causa, a coleção mal drenada se difundira para os planos musculares e tendinosos do pé. E formara uma osteíte, uma osteoartrite, ou uma tendinite supurante.

Ante um dedo tumefacto, recoberto por uma pele de cor vinho, e branco amarelado para os bordos do orifício fistular, que deixa sair um líquido purulento que contrasta com a intensidade das dores, se impõem um exame de urina e outro de sangue para precisar uma provável diabetes.

Nos casos como o que apresenta a gente idosa, se pode observar o vermelho dos tegumentos e o aspecto esverdeado e delgado na proximidade do orifício fistular, com fortes dores espontâneos de tipo queimado. E então quando o controle do podólogo deve ser de rigor, para eliminar assim, uma artrite senil.

Tem outros casos, como os das artrites juvenil, onde o controle não é de tanta urgência. Mas se nos de origem sífilítico, nos quais são respeitados os troncos arteriais principais, enquanto que as arteriolas e as colaterais dos dedos se apresentam com trombozes.

De igual modo quando aparece uma inflamação cor pele de cebola nos extremos dos dedos. E quando a unha se desprende pouco a pouco, o interrogatório deve precisar todos os antecedentes, principalmente antes as alternativas de um síncope digital, com palidez tegumentária que lembra a doença de Reynaud.

Assim mesmo, em todos os casos de epidermes queratinizada baixo os esforços conjuntos dos micro-traumatismos e da perturbação vascular. O orifício fistular e que mais demonstra esta morte celular a traves da drenagem cutânea de pus subjacente.

Nos gotosos, o higroma pode conter atrofia sobre as zonas irradiadas, e a evolução pode fazer-se para uma radio-dermite, ou um mal perfurante plantar. Todas estas causas terão uma repercussão psíquica, por quanto a intensidade da dor terá irritável ao sujeito.

Tanto como em toda doença que apresente um pé espástico, ou uma alteração grave na motricidade e a sensibilidade, onde a fístula se rodeia de um halo tórpido, a pele esta murcha, fria e úmida, unida aos transtornos neurovegetativos e a doença neurológica.

Em presença de uma fístula recidiva, e quando o estado da doença assim o requeira, será necessário investigar as causas da lesão ociosa, (Espícula, saliência anormal osteóptica, etc.) Então terá que recorrer ao radiólogo e ao cirurgião.

TRATAMENTO PODOLOGICO

Estudo do terreno.

Prudência.

Importância do interrogatório.

Investigação da diabetes, a arterites, os transtornos vasomotores e neurológicos.

Verificar a pedigrafia. Em função da impressão clinica, se impõe esperar dois ou três dias antes de iniciar a cicatrização.

Prescrever compressas úmidas alcoolizadas, e manter as pernas esticadas o possível.

Asseptizar o campo operatório e os instrumentos.

Em presença de peles frágeis, desinfetar preferentemente com produtos especiais.

Nos demais casos, o álcool facilita a delimitação das queratoses.

Em consequência, a esfoliação do calo se terá com muita suavidade, por quanto os tecidos estão hipersensibilizados.

O instrumental bem afiado, para evitar a menor pressão sobre uma zona dolorosa.

Abrir o ponto córneo em profundidade, e ir eliminando, por turno, o mais minuciosamente possível.

Apresentam-se dois casos:

1º) Fístula aberta espontaneamente, que permite a passagem de um liquido seroso, sangue e pus, seguido pela eliminação da infecção,

2º) O trajeto fistular esta obstruído pela membrana.

Então, empurrar e despegar com o instrumento fino, a fim de esfoliar o orifício com precisão e ao máximo, e permitir a evacuação do liquido.

Mexer a profundidade da fístula e assegurar-se acerca da integridade dos tecidos subjacentes.

No período de sensibilidade dolorosa da bons resultados este simples procedimento:

Durante o dia, tratamento asséptico; pela noite, prescrever compressas meio úmidas sobre a base de um terço de álcool a 90' e dois terços de água fervida, tibia. Não colocar gasas impermeabilizadas, a fim de evitar uma maceração.

Manter assim durante toda a noite.

Repetir a visita do doente dois ou três dias.

E necessário recobrir a fistula, porque tem tendência a fechar muito rápido.

Não terminar este tratamento ate que tenha desaparecido totalmente a inflamação.

A partir do momento em que esta já não exista, se pode aplicar sobre a fístula duas ou três gotas de álcool yodado a 1%, os efeitos de proteger os tecidos.

Dobrar a prudência durante o período inflamatório, aconselhando compressas úmidas no dia e repouso pela noite, com pernas esticadas.

Ver ao doente diariamente.

Na etapa infecciosa as aplicações úmidas devem ser continuas - dia e noite -, com repouso obrigatório. Se se observa-se uma reação ganglionar artrítica, ou de transtornos vasomotores graves, e indispensável a consulta medica.

Em alguns casos, se a pesar dos cuidados nada impede a recidiva, e aconselhável a aplicação de uma pequena próteses para impedir os traumatismos.

Estas medidas são úteis nas afecções vasculares e neurológicas, onde a pele se ulcera facilmente.

Calos dorsais: sobre o começo do dedo se fixara um tubo de gaza, na qual se terá deslizado um pouco de algodão hidrófilo, com o fim de isolar completamente a dureza da pressão do sapato.

O olho do galo, particularmente doloroso, será isolado com uma pequena proteção que separe os dois dedos; para evitar a compressão.

O isolamento do calo fistuloso ao nível de uma cabeça metatarsiana se obtém facilmente, mercê a um protetor de espuma de goma ou de látex em forma de cubeta.

Bem entendido fica que, quando estas proteções locais não são suficientes convém recomendar palmilhas ortopédicas, aos efeitos de evitar um apoio exagerado no ante-pé.

Entre as diferentes medicações, se pode prescrever: a eletro-coagulação, a radioterapia, radiodermites e meios perfurantes.

Ficam contra-indicados o nitrato de prata, o nitrol, todos os ácidos e os queratolíticos.

Durante os períodos inflamatórios ou infecciosos, evitar os métodos esclerosantes das bolhas serosas.

E necessário saber utilizar, dosar, e não abusar de certos produtos antibióticos correspondentes, corticóides, anticicatrizantes, etc.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Feito, a lógica aconselha a intervenção medica para orientar nos casos de perturbações estáticas evidentes, ou as reveladas pelas radiografias.

Proceder com cuidado, observar as reações biológicas oscilo-métricas, a idade da doença e seus antecedentes.

Para evitar uma agressão cirúrgica, e necessário ter em conta uma serie de previsões, e seguir os conselhos de Leriche, quem assinala: "O cirurgião feliz, exitoso, e aquele que pensa muito suas indicações. Quando tudo esta bem calculado, o ato cirúrgico não e um gesto, mas e um plano bem estabelecido".

Para obter eficácia, o feito deve suprimir a causa mediante uma incisão lateral no dedo prescrito, sobre a fase externa, porque através da interna transcorrem as veias e artérias. Ablação da espícula óssea, sempre que seja observável; do contrario, recorrer à radiografia, e incluso a remissão da cabeça falangica.

Pode-se associar a cura do valgo do 5º metatarsiano com a do 5º varo. E esta, a sua vez, com a do 4º em martelo.

O alongamento tendinoso do extensor, a capsulotomia dorsal metatarsofalângica com o 2º ou o 4º em garra, mediante o transplante eventual do flexor sobre o extensor, de acordo com o aconselhado por Lelievre.

O calo tendinoso do extensor próprio do dedo gordo vai impor a cura do pé excavado interno pelo alongamento do tendão.

O calo fistulizado do 1º metatarsiano varo, ou da tuberosidade do calcâneo, determinara a cura do varo, ou da deformação de Haglund, mediante uma aplicação antibiótica que seguira o ato cirúrgico, e a doença será imobilizada com ou sem

sustento, segundo os casos. Tem-se de proteger com um anticoagulante, prevenindo uma eventual embolia pulmonar.

ESTATÍSTICAS

Se a deformação é redutível, ou pouco importante, cabem aos cuidados do podólogo, quem sempre se orientara para a aplicação de palmilhas, de protetores, de calçado confortável. Em muitos dos casos darão resultados excelentes.

Se a deformação é importante, as recidivas serão numerosas e quase freqüentemente de origem estático. Em tais casos será indispensável tratar a afecção desde, um começo.

E, geralmente, o tratamento não poderá ser outro que o cirúrgico.

Dirigir ao doente para o cirurgião especialista, quem praticara uma remodelagem da articulação defeituosa com o fim de reconstruir uma arquitetura mais normal do pé. α

Material publicado na revista
Podologia Argentina



Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



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

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

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

Autor dos livros:

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

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

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

Índice

Introdução - Lesões do pé

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

Capítulo 1

Explorações específicas.

- Dessimetrias. - Formação digital.
- Formação metatarsal.

Capítulo 2

Exploração dermatológica.

Lesões dermatológicas.

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

Capítulo 3

Exploração articular.

Lesões articulares.

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

Capítulo 4

Exploração muscular, ligamentosa e tendinosa.

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

Capítulo 5

Exploração vascular, arterial e venosa.

Exploração. Métodos de laboratório.

Lesões vasculares.

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

Capítulo 6

Exploração neurológica.

Lesões neurológicas.

- Neuroma de Morton. - Ciática.

Capítulo 7

Exploração dos dedos e das unhas.

Lesões dos dedos.

Lesões das unhas.

Capítulo 8

Exploração da dor.

Lesões dolorosas do pé.

- Metatarsalgia.
- Talalgia. - Bursite.

Capítulo 9

Exploração óssea.

Lesões ósseas.

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

Capítulo 10

Explorações complementares

- Podoscópio. - Fotopodograma.
- Pé plano. - Pé cavo.

Vendas: shop virtual www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

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 - 1° Piso - Buenos Aires - Argentina - Horario: 10 a 20 hs.

Tel: #54 11- 4631-2044 - Email: inpoar@gmail.com - inpoar@hotmail.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



ESQUELETO DEL PIE 1
ESQUELETO DO PÉ 1



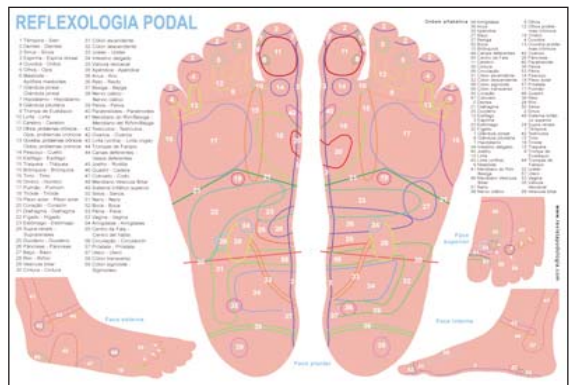
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSSES



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

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