

revistapodologia .com

Nº 37 - Abril 2011



Revista Digital de Podologia

Gratuita - Em português



Programação dedicada a profissionais de estética, SPAs e áreas médicas envolvidas com o segmento da beleza

GRADE EXCLUSIVA DE CONGRESSOS

Pré-congressos no dia 4 de junho

Congressos nos dias 5 e 6 de junho

II Congresso de Negócios para Spas, Clínicas, Centros de Estética e Saúde

II Congresso em Estética Aplicada

II Congresso Multiprofissional para Saúde dos Pés

Pós-congressos no dia 7 de junho

TEMAS ABORDADOS

- O Valor da Sua Recomendação Profissional em Estimular as Vendas e a Satisfação dos Clientes
- Aspectos Contratuais, Trabalhistas e Fiscais na Gestão de um Spa
- Tratamentos para Spas Médicos e o Paciente: A Sinergia do Rejuvenescimento
- Causas Intrínsecas e Extrínsecas do Envelhecimento
- Tratamentos Simples e Efetivos para Sua Clínica ou Spa
- Reconstrução Facial e Rinoplastia

PROFISSIONAIS CONFIRMADOS



Celeste Hilling
(Estados Unidos)



Dr. Emerson E. de Lima
(Brasil)



Benjamin Cilento
(Estados Unidos)



Harry Fallick
(Estados Unidos)



Dr. Reinhard Bergel
(Estados Unidos)



Dr. Etai Funk
(Estados Unidos)

4 A 7 | JUNHO | 2011

CURITIBA | PARANÁ | BRASIL

www.bsgworldfestival.com

+55 (11) 2098-0071

congressos@bsgworldfestival.com



Prezado Profissional:

A **Revistapodologia.com** (www.revistapodologia.com) convida você a participar do **"II Congresso Multiprofissional para a Saúde dos Pés"** nos dias **5 e 6 de Junho em Curitiba - PR.**

Novo formato de Evento: Discussão prática de casos ao vivo.

Após a apresentação de um caso por parte do palestrante (com o paciente presente) cada um dos outros palestrantes descreverá que tratamento aplicaria em cada caso desde sua posição como integrante da equipe multiprofissional, abrindo espaço para perguntas dos congressistas, criando a interessante opção de interagir com os palestrantes gerando uma gratificante troca de experiências.

II Congresso Multiprofissional para a Saúde dos Pés

5 de junho - Domingo



Tratando as úlceras através da Ortopodologia.

Israel de Toledo
Podólogo/Ortesista - Brasil



Avaliação do ciclo do caminhar e pressões plantares em pacientes diabéticos com e sem neuropatia sensitiva.

Miguel Oliveira - Podólogo - Portugal



Vários aspectos de uma lesão plantar. Paciente ao vivo.

Juciane Krambeck
Enfermeira/Podóloga - Brasil

6 de junho - Segunda



Aplicação do Laser e Led na podologia. Casos práticos.

Carlos Eduardo Zamboni
Físico - Brasil



Avaliações e técnicas modernas aplicadas ao Pé Diabético.

Dr. Edgar Herrera - El Salvador.



Pé diabético: prevenção com responsabilidade para eliminar complicações. Paciente ao vivo.

Ana Cristina Lima Brandini
Podóloga - Brasil

Após as palestras das Podólogas Krambeck e Brandini, Fórum aberto de discussão de caso ao vivo, onde poderão ser feitas perguntas aos palestrantes e interagir com eles gerando uma troca de experiências.

Mais informações: currículo palestrantes, horários palestras, sínteses dos temas, hotéis, localização do local do evento, etc - www.revistapodologia.com/2_congresso_curitiba.htm

Professores: são nossos convidados, Inscrição Gratuita !!!

Valor normal: R\$ 270,00

Compras de ingressos até dia 31 de maio

Profissionais R\$ 260,00 - Estudantes R\$ 208,00

Compre seu ingresso em 6 sem juros no nosso

Shop Virtual: www.shop.mercobeauty.com

Depósito direto na nossa conta 5% desconto:

Compras de ingressos até dia 31 de maio

Profissionais R\$ 247,00 - Estudantes R\$ 198,00

Banco do Brasil: Agência 0719-6 Cta Cte 13702-2
MERCBEAUTY Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Transferencia online: CNPJ: 03.552.467/0001-32

Local do Congresso

Expo Unimed Curitiba

Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300

Campo Comprido - Curitiba - PR

www.expounimedcuritiba.com.br

Informações para o congresso e para expositores

Revistapodologia.com

(#55) 19 - 3365-1586 - Campinas - SP - Brasil

revista@revistapodologia.com - Sr. Alberto Grillo

BSG World Network

(#55) 41 - 3229-2885 - Curitiba - PR - Brasil

congressos@bsgworldfestival.com - elaine@bsg-world.com

Sra. Elaine Augusto

revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 37
Abril 2011

Diretor Geral

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Diretor Científico

Podólogo Israel de Toledo
israel@revistapodologia.com

Correspondentes

Chile

Podólogo Pablo Farías Mira
pablofar4a@hotmail.com

Cuba

Podóloga Miriam Mesa
miriam.mesa@infomed.sld.cu

Portugal

Podólogo Dr André Ferreira
andre_filipe_ferreira@hotmail.com

ÍNDICE

Pag.

5 - Síndrome do Cuboide.

*Lirios Dueñas Moscardó, Fisioterapeuta. **Espanha***

7 - Fricção Plantar: Dar uma Luz no “Ponto Escuro”.

*Metin Yavuz, PhD. **USA***

15 - Problemas Dermatológicos. Alterações Frequentes nas Unhas.

*Dra. M. Mar Ballester Torrens. Dr. Montse Andreu Miralles. **Espanha.***

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 28.

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.

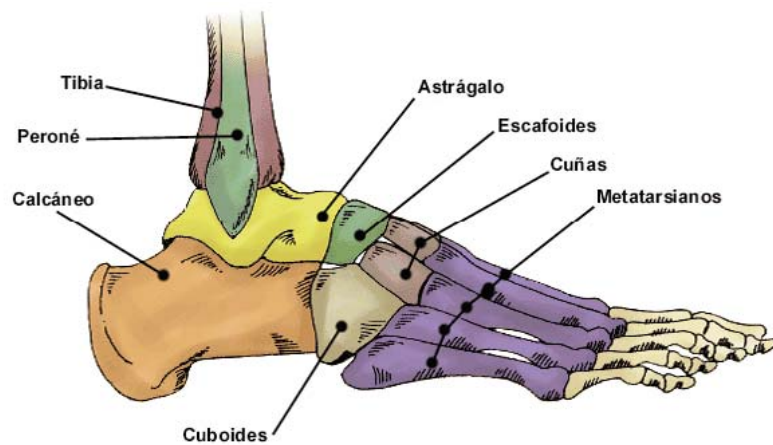
Tel: #55 19 3365-1586 - Campinas - San Pablo - Brasil.

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

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

Síndrome do Cubóide.

Lirios Dueñas Moscardó - Fisioterapeuta. Espanha.



O que é a síndrome do cubóide?

A síndrome do cubóide se dá quando o músculo peróneo lateral longo produz uma tração excessiva sobre o osso cubóide do pé, fazendo que este se subluxa (uma deslocação parcial).

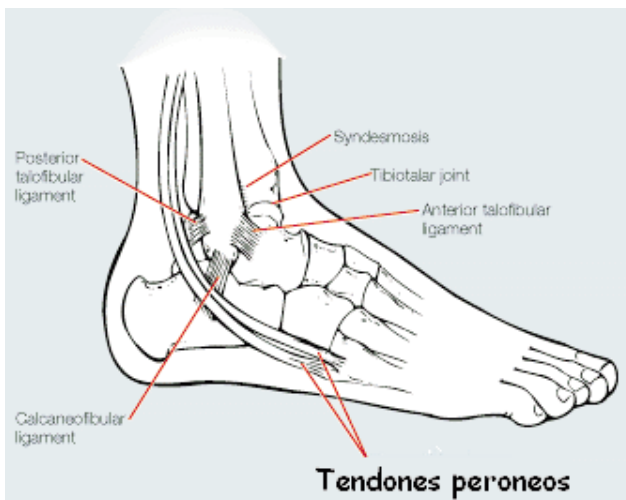
Esta lesão vem frequentemente associada com a tendinopatia peroneal.

Sintomas da síndrome do cubóide

Dor na parte externa do pé ao apoiar-se sobre o pé.

Pode estar precedido por uma torção do tornozelo por inversão.

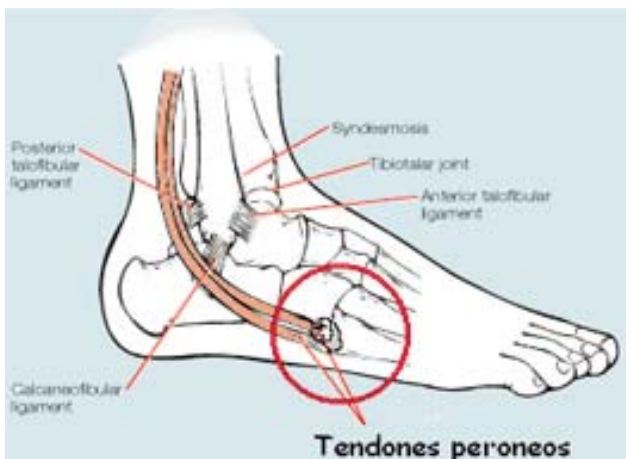
Muitos dos que padecem desta síndrome fazem uma hiper-pronação muito significativa.



Tratamento da síndrome do cubóide

Manipulação por um profissional em terapia manual do osso cubóide, fazendo-o retroceder até sua posição natural.

Se a tendinite dos peróneos é um fator desencadeante devida ser tratada também por meio do cyriax nos peróneos, tratamento dos pontos gatilho ativo, massagem com gelo, estiramentos, ultra-sons, etc.



Lirios Dueñas Moscardó.
Profesora de la Facultad de Fisioterapia
de la Universitat de València.
liriosclinic@gmail.com

Cadeira Master
Cód. 13945

Cadeira com controle de elevação hidráulica, giratória, com freio, montada em estrutura de aço maciço e base com 10 mm de espessura, acabamento em pintura eletrostática. Encosto com regulagem hidráulica a gás e reclinção máxima de 135°. Braços que acompanham o movimento de reclinção e escamoteáveis em ambos os lados. Apóia pernas bipartido com prolongadores, comandados através de pistões hidráulicos.

Cadeira Master
Cód. 13945 M2

Idem cód. 13945, porém, com controles motorizados para ajuste de altura e reclinção do encosto em até 180°.



Cadeira Master
Cód. 13945 M1

Idem cód. 13945, porém, com controle de altura motorizado.

Opcionais:

- Bandeja para instrumentos em aço inoxidável montada em dispositivo com regulagem em profundidade e na posição radial.
- Bandeja para resíduos em aço inoxidável montada em dispositivo com regulagem de profundidade.
- Suporte para a luminária.

Mocho
Cód. 15200

Regulagem hidráulica de altura do assento. Encosto com regulagem de altura e profundidade. Giratório.



Linha Master



Luminária
Cód. 17201

Luminária com exaustor 110 ou 220 V.



Estufa
Cód. 17600

- Estrutura em aço anti corrosível
- Prateleiras removíveis para 4 estojos
- Isolamento térmico em lã extra fina
- Estufa a seco, 50 a 250 °C
- Potência 400 W



Armário
Cód. 15401

Revestimento externo e interno em MDF. Gavetas em trilhos deslizantes.

Cores de Estofamento



Para maiores informações consulte nosso site.

CADEIRAS GENNARO FERRANTE LTDA.

Vendas: R. Independência, 661 • CEP 01524 - 001 • Cambuci • S. Paulo • SP
Grande São Paulo: (11) 2063 7815 • Demais localidades: DDG 0800 11 7815
Fax: (11) 2063 8580 • www.ferrante.com.br • vendas@ferrante.com.br



Reservada a direção de alterações para melhorar, sem aviso prévio.

Fricção Plantar: Dar uma Luz no “Ponto Escuro”.

Metin Yavuz, PhD. USA.

Os investigadores e os profissionais vão se dando conta de que os picos de pressão plantar máxima pode não ser tão úteis para a previsão e a prevenção de úlceras do pé diabético como se pensava anteriormente, e estão começando a centrar sua atenção na fricção plantar.

A fricção plantar e sua importância na ulceração diabética ainda não se têm estudado amplamente, diz o doutor David Armstrong para referir-se a estes roces dizendo recentemente que é para o podólogo um “ponto escuro” (ver “a loucura da fricção: mais para la da pressão plantar”, 2010 ler Guia de Recursos, pagina 12). Neste artigo revisaremos os dados básicos sobre as forças no roce plantar do pé e os estudos pré-liminares realizados nos últimos anos, em uma tentativa de levar uma luz para a metáfora do Dr. Armstrong.

Durante a caminhada humana, as forças de reação do solo (GRF) atuam nas três dimensões por baixo do pé. Muitas patologias do pé, em particular as úlceras do pé diabético, se tem associado com estes fatores mecânicos. Os dois componentes principais do GRF, é dizer, vertical (normal) e as forças horizontais (fricção), podem ser medidas por uma plataforma de força. Mas, como as placas só podem proporcionar dados sobre a força global e não especifica a qual região plantar, em particular, seu valor clínico é limitado. O stress plantar, que com o fim de ser calculada, requer informação da área de superfície, e não se pode avaliar com este tipo de equipes.

Na ciência dos materiais, medir a tensão no local da força se utiliza para determinar se em um material se produzira um erro ou ruptura quando se aplica forças externas. O stress pode ser basicamente descrito como a intensidade da força, ou a força media por unidade de superfície. Calcula-se dividindo o valor da força pela área de superfície sobre a que atua a força.

Para entender a diferença entre a força e o stress, pensemos em um globo de látex inflamado. Se aplicarmos uma força de uma libra neste globo com a palma de sua mão, o mais provável é que se manterá intato. Mas, se aplicamos exatamente a mesma quantidade de força com um alfinete, o mais provável é escutar um forte “pop!”.

A diferença entre os dois cenários é a superfície sobre a que se aplica a força, por tanto, a magnitude da força por unidade de área, ou seja o stress. É evidente que a superfície da ponta de um alfinete é muito menor que a superfície da palma, e, por consequência, o alfinete induz altos níveis de stress. Por tanto, a utilização de altas magnitudes de stress é o mais apropriado quando o interes é a rotura do material.

Igual que nosso globo, a pele da planta do pé é mais vulnerável as maiores tensões que atuam sobre ela. Como não podemos identificar as concentrações de forças especificas vigilantes com uma plataforma de força, se tem desenvolvido dispositivos para medir os esforços verticais (é dizer, as pressões) baixo o pé. Graças a disponibilidade das plataformas de pressão comercial, os investigadores têm explorado a associação entre as pressões plantares e as aparições de úlceras em pacientes com diabetes.

Estudos iniciais de pressões plantares revelaram que pressões plantares maiores impõem mais riscos de úlceras em pacientes com neuropatias periféricas, 1-4. Mais tarde, especialmente em estudos de mostras grandes, se viu que a sensibilidade e a especificidade das pressões plantares na determinação da ulceração não são tão assim como pensamos. 5,6 Os estudos também revelarão que os pacientes com valores normais de pressão plantar podem ulcerar-se, enquanto que os pacientes com pressão elevada podem não ulcerar-se 7,8 Por outra parte, em um dos vários estudos prospectivos, observou-se que as úlceras ocorrem nos locais de pressão máxima em só 38% de pacientes. 9 Como resultado, a pressão máxima tem sido etiquetada como uma “ferramenta dos pobres” para identificar aos pacientes em risco.6 A pesar do informe de Shaw e Boulton10 em 1996 que indica um papel mais importante do impulso nas patologias de lesões do pé diabético, por desgraça, o tempo de pressão integral não se tem estudado profundamente.

Vários desafios na medição do outro componente importante da GRF têm deixado investigadores presos a dados de uma sola dimensão (é dizer, a pressão) para a avaliação de anormalidades nos pés. Como resultado, a fricção plantar

destaca desde faz muito tempo um mistério na biomecânica do pé, especialmente na investigação do pé diabético. Restrições aos dados de pressão disponíveis levam a uma tendência na comunidade científica para simplificar a etiologia da úlcera do pé diabético na patologia da pressão de por si, apesar de um primeiro estudo que demonstre a importância da fricção plantar.¹¹

Quantificação da fricção

A necessidade de um sistema válido e confiável para quantificar as forças de pressão no pé levou como resultado o desenvolvimento da plataforma de pressão na clínica de Cleveland (Figura 1). Entre 2005 e 2007, avaliou-se uma série de patologias do pé utilizando este dispositivo.¹²⁻¹⁶ No nosso amplo estudo temos comparado a distribuição de tensões na fricção plantar em pacientes com neuropatia diabética e sujeitos de controle sãos.¹³ Nossa investigação tem revelado que os picos de pressão e os locais da fricção no pé não se sobrepõem na maioria dos pacientes (Figura 2).

De fato, em 60% dos pacientes com neuropatia diabética, o local de pressão máxima e o local da fricção plantar estão separados por mais de uma polegada.¹² Este descobrimento tem potencial para explicar porque as úlceras não necessariamente se desenvolvem em lugares de pico de pressão. Surpreendentemente, os lugares de pico de pressão e da fricção plantar não se sobrepõem em 35% dos sujeitos de controle.

Também temos observado os valores de pressão plantar nos pacientes diabéticos que foram significativamente mais altos que os valores correspondentes nos sujeitos de controle sãos. A diferença nas variáveis de alguns era tão grande como 132%. Por outro lado, a pressão máxima em pacientes com diabetes foi maior em só 23%, quando se compararam os grupos de sujeitos.

Tempo duplo

Ao final de estes estudos, também atraiu a atenção dos investigadores a frequência de aplicação das forças da fricção do pé, que é o duplo da força vertical (é dizer, a pressão). Isto pode ser óbvio considerando o conjunto de dados recolhidos por uma plataforma de força durante a caminhada normal.

A projeção ântero-posterior (é dizer, proa a poupa) e a curva meio-lateral obtidos por uma plataforma de força solem apresentar um pico e



Figura 1
Plataforma para medir a pressão da fricção e como coloca-se o pé.

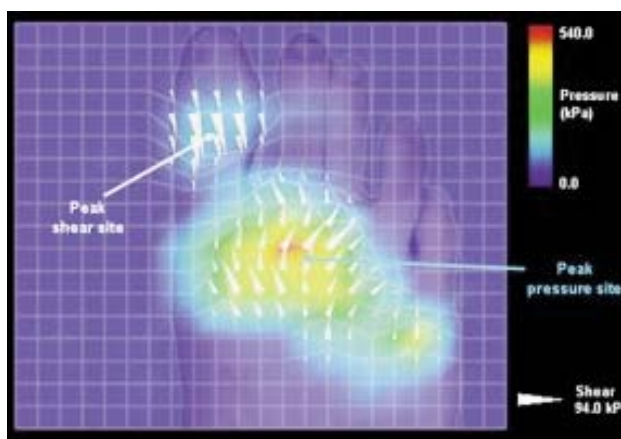


Figura 2
Os picos de pressão e os lugares de fricção podem estar em diferentes localizações por baixo do pé. Amostra-se um caso representativo de diabético. A cor e as setas representam a pressão e a fricção respectivamente. Os dados estão visualizados pelo software FootVis (Infoscitex, Waltham, MA)

um vale, com forças positivas e negativas avaliadas em um passo simples.

Isto se deve a que experimentamos tanto as forças de freio e propulsão embaixo de nossos pés em uma posição única.

Porem, dado que os dados recolhidos por uma plataforma de força provem da superfície plantar toda, características de determinadas regiões das forças do fricção no pé ainda não se conheciam.

Nosso estudo tem demonstrado que uma região determinada abaixo do pé, como a cabeça do primeiro metatarsiano, pode experimentar

forças anteriores e posteriores em um só passo (Figura 3).¹³ Também se observa que a fricção meio-lateral atua de uma maneira similar.

A amplamente aceita teoria da ulceração do pé diz que “as úlceras se produzem devido a tensões repetitivas moderadas.”¹⁷ O fato de que as forças de fricção no pé se produzem duas vezes mais que as forças verticais sugere que as forças de fricção desempenham um papel importante na ulceração a pesar das menores magnitudes relativas à pressão. A razão consiste no princípio do mecanismo da “falha por fadiga”.

Falha por fadiga se define como a incapacidade progressiva de um objeto devido à carga repetitiva. Em termos gerais existem dois mecanismos que causam uma ruptura no material: macroscópica e microscópica.

Ruptura do tecido devido a um traumatismo agudo pode-se considerar uma falha macroscópica. Em tal cenário, se a tensão aplicada é superior a resistência do material, o tecido se rompe instantaneamente.

A ruptura do material depende da magnitude da tensão aplicada. Porém, no caso da insuficiência microscópica de um tecido, as forças aplicadas podem ser muito menores que a ten-

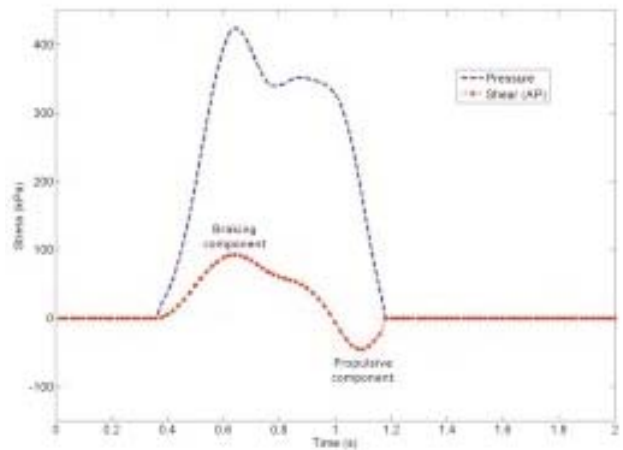


Figura 3 Pressão (azul) e fricção anteroposterior (em vermelho) as curvas de um paciente diabético registrado por um só sensor do dispositivo.

são máxima que o material pode suportar. Se estas forças atuam sobre o tecido de forma repetitiva durante longos períodos de tempo, o dano microscópico se acumula, e, finalmente, o tecido se rompe. Os determinantes da ruptura neste caso são a magnitude da tensão e a repetição das cargas cíclicas (repetição dos ciclos esta diretamente relacionada com a frequência de aplicação e duração).

MASTER FOTON PODOLOGIA

É FOTOPOLIMERIZADOR
FUNGICIDA e
BACTERICIDA !!!



IDEAL PARA O TRATAMENTO DE:

- ONICOMICOSE
- MICOSES DE PELE
- GRANULOMAS
- FERIDAS DIABÉTICAS



FOTOPOLIMERIZADOR

ANVISA
80355369001

Contatos: #55 (011) 2693.3723
email: vidaeeden@yahoo.com.br

Curvas de ciclo de stress

Os investigadores que investigam a ruptura por fadiga dos tecidos brandos e outros materiais no geral obtêm dados para avaliar o stress do ciclo (S-N), curvas que ajudarão a determinar se e quando no material se produzira uma ruptura em circunstancias diferente. Uma curva típica de S-N pode-se encontrar na Figura 4.

Pode ver-se neste gráfico que diferentes números de repetições com o mesmo valor de tensão pode romper o material para baixo ou deixá-lo intacto. Por isso, é essencial realizar o dobro de repetições diferentes de pressões na fricção do pé quando o interesse é a ruptura do tecido. Desafortunadamente, até a data não tem dados para desenhar curvas S-N para o tecido plantar. Apesar de que tais experimentos não poderão desenvolver-se nos tecidos vivos (é dizer, em pacientes com diabetes), fazendo-o em cadáveres e/ou estudos com animais podem jogar algo de luz sobre este tema.

Forças de fricção em ou debaixo do pé também se acredita que causam hiperqueratosis e bolhas. Geralmente calos nos pacientes diabéticos solem preceder as úlceras, que podem ser percebidas como um alerta de sinais.^{18,19} Uma vez que o calo plantar se desenvolve embaixo do pé, atua como um elevador da tensão vertical. O efeito é similar a ter uma pedra no sapato e caminhar sobre ela, o que provocará dor em um indivíduo são, devido as elevadas tensões nessa região.

Principalmente por isso que veremos pressões máximas nos locais dos calos, a formação de calos conduz a uma maior pressão. Mas, a relação entre os calos e a pressão elevada não significa necessariamente que os calos se produzem devido às altas pressões. Na verdade, em estudos realizados já na década de 1950, demonstrou-se que se formam hiperqueratosis na presença de força de fricção ou atrito.^{20,21} Por tanto, a investigação das forças a este respeito também é crucial para compreender melhor a etiologia da úlcera e reduzir ao mínimo úlceras plantares.

Durante minha carreira como biomecânico do pé, me deparei com uma pergunta fundamental para qual eu não era capaz de encontrar uma resposta exata: Como podemos reduzir a fricção plantar? Como sabemos, os seres humanos necessitam as forças plantares para poder caminhar e correr, assim que, que aconteceria se poderíamos eliminar ou minimizar isto? É um feito conhecido que as palmilhas para diabéticos

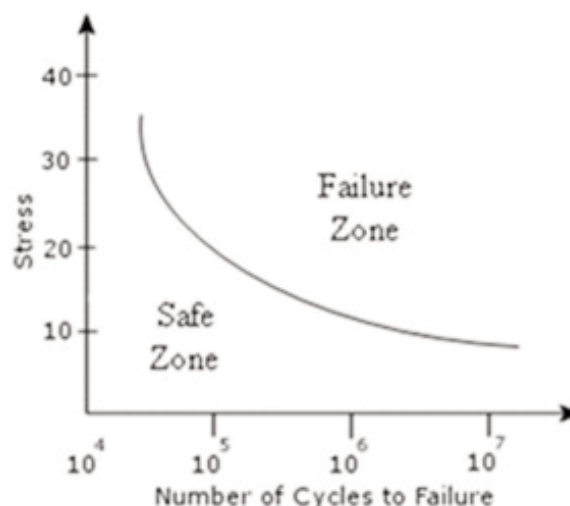


Figura 4

Uma curva típica de S-N para um objeto arbitrário. Coordenadas em e por acima da curva indicam que o material falharia na combinação do ciclo de estresse. Pela mesma magnitude da tensão, se o número de repetições é superior a um valor limite, o material vai falhar (quebrar).

podem reduzir as magnitudes dos picos de pressão mediante a distribuição da pressão sobre uma superfície maior.

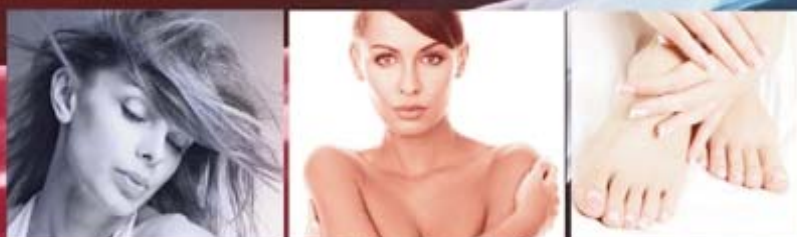
Pode ser bem possível que para diminuir o maior stress de fricção, tomemos uma abordagem similar. Nestes cenários, o uso de aparelhos ortopédicos não altera a força neta vertical (que não seja à força do impacto no talão) ou a pressão no pé. Curiosamente, enquanto que as palmilhas de pressão não podem reduzir o peso corporal de um indivíduo, podem ser fatíveis para reduzir a força de pressão netas no pé através de diferentes mecanismos. Mas antes de abordar este conceito, gostaria de apresentar um exemplo de como a redução de fricção pode funcionar.

Que sente quando se conduz sobre neve ou gelo? Os leitores dos estados do sul do Norte America não podem ter nenhuma experiência com este desafio (predomina o clima quente), mas uma resposta provável é a sensação de patinar. Apesar de que os nemáticos do auto o mantenham direcionado, não podem recorrer muita distancia devido a pouca fricção entre os nemáticos e a neve ou gelo.

Acredito que a mesma idéia se aplica na locomoção humana. Se fosse possível reduzir as forças de pressão nos pés de uma pessoa, esta pessoa teria passos mais curtos. Na verdade, os investigadores têm estudado a relação entre a distancia do passo e a força de propulsão no pé e tem mostrado uma forte correlação entre o

12° COSMO BEAUTY CONGRESS

CONGRESSO NACIONAL DE ESTUDOS CIENTÍFICOS
APLICADOS À COSMETOLOGIA ESTÉTICA, CAPILAR
E PODOLOGIA



BEAUTY
EM 3D

Veja a programação preliminar no site
www.vitaderm.com/congresso

19 E 20 DE JUNHO DE 2011
PALÁCIO DAS CONVENÇÕES DO ANHEMBI - SÃO PAULO - SP

E mais...

6° INTENSIV COLOR AWARDS
Campeonato de cabelo



As inscrições deverão ser feitas de
15 de Janeiro a 20 de Abril de 2011 pelo site
www.vitaderm.com/congresso2011
ou nas lojas Vita Derm.



3° VITA DERM FACES & BODY 2011
CONCURSO NACIONAL DE
ESTÉTICA FACIAL E CORPORAL

INSCRIÇÃO
E PARTICIPAÇÃO
GRÁTIS

Aguarde:
mais um mega
show vem por aí!



"Para assistir ao show, participe de 02 dias
de congresso ou 01 dia de congresso + 02
workshops".
19 de junho (domingo), às 20h,
no Palácio das Convenções do Anhembi.

Inscrições e informações:
São Paulo (11) 2187-7538 • Demais localidades 0800-179292
congresso@vitaderm.com

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE

VitaDerm
HIPOALERGÊNICA

Convidam ao

12º Cosmo Beauty Congress - Podologia - Domingo 19 de Junho

Palestrantes e temas



Israel de Toledo - Podólogo/Ortesista - São José dos Campos - SP

Especialista em Pés Diabéticos (Hospital Brigadeiro)- Ortesista - Especializado em Palmilhas Ortopédicas (Flexor - Espanha) - Especializado em Palmilhas Ortopédicas (ABOTEC - Assoc. Brasileira de Ortopedia Técnica) - Autor da Técnica de Toledo para Palmilhas Ortopédicas (patenteada)

Diretor Científico da Revistapodologia.com

- **Tema:** Técnicas de ortopodologia.

- **Síntese:** A Podologia tem sofrido muitas evoluções e a Ortopodologia é uma das principais, pois envolvendo a biomecânica, matérias distintos e novas tecnologias, leva a Podologia há um nível técnico científico relevante e significativo em meio a área da saúde.



Clarice Nunes Bramante - Podóloga - Sorocaba - SP

Instrumentadora Cirúrgica, formada como Podóloga a 13 anos, Coordenadora dos Cursos Técnico em Podologia e Podologia Hospitalar (com especialização em Pés Diabéticos), atuante nos Postos de Saúde em Sorocaba como Podóloga e num Hospital Estadual, Acadêmica em Enfermagem.

- **Tema:** Tirando todas as dúvidas entre o pé diabético e a Podologia.

- **Síntese:** Muitos podólogos tratam dos pés diabéticos, mas nem todos conhecem realmente os riscos, conhecer o grau de risco, definirá o tipo de tratamento a ser realizado.



Dra. Fabiana Salazar – Dermatologista – São Caetano do Sul - SP

Médica Dermatologista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica e da Academia Americana de Dermatologia.

- **Tema:** Questões dermatofuncionais das unhas.

- **Síntese:** Há diversas onicopatias que se assemelham muito clinicamente, é preciso saber como diferenciá-las e como manejá-las corretamente.



Ítalo Batista Ventura - Podólogo - Professor - Guarulhos - SP

Podologista Graduado pela Universidade Anhembi Morumbi.

Professor de Habilidades clínicas e Biomecânica no colégio técnico Santa Maria Goretti.

- **Tema:** Inovando com a tecnologia em favor da podologia.

- **Síntese:** No Brasil temos a oportunidade de aperfeiçoar-mo-nos e atualizarmos em tecnologias e novidades em terapias e metodologias para os tratamentos em saúde no dia a dia do podólogo.

Esta palestra tem por intuito abrir as portas do novo e as mentes para as possibilidades.



Renato Butsher - Podólogo - São Paulo - SP

Curso Superior de Formação específica em Podologia e Graduação em Podologia pela Universidade Anhembi Morumbi, Pós Graduado em Educação pela Universidade Paulista, Delegado representante Brasileiro da Confederação Latino-Americana de Podologia.

- **Tema:** Onicoórtese e suas Evoluções.

- **Síntese:** Este trabalho tem a finalidade de apresentar aos podólogos, as principais onicoórteses (FMM, Fio metálico com ganchos, resina fotopolimerizável, dispositivo espaçador, elástico, boton entre outras) disponíveis no mercado e suas aplicações.



Sr. Carlos Eduardo Zamboni – Físico – São Paulo - SP

Estudos em Engenharia Mecatrônica, Publicidade, Ortomolecular, Física Quântica.

Introdutor da Terapia Fotodinâmica por LED na Podologia e Estética.

- **Tema:** Aplicação do Laser e Led na podologia. Casos práticos.

- **Síntese:** Desmistificando a fototerapia, diferenças do led em relação ao laser, a cor e suas curas, fazer o profissional conseguir tudo que deseja com o seu trabalho (baseado em PNL).

Valor do Congresso Podologia:

Estudante R\$ 75,00 - Profissional R\$ 82,00

Mais informações e para fazer as inscrições do congresso:

(11) 2187-7538 / 0800 17 9292 - congresso@vitaderm.com

pico de fricção e a distancia do passo.²²⁻²⁴ É seguro dizer que vamos ter passos mais curtos se as forças embaixo do pé se reduzirem.

Nos pacientes com diabetes, esta relação impõe um dilema. Por um lado, ao diminuir a força da fricção da planta do pé, a incidência das úlceras do pé também se pode baixar. Por outro lado, a redução seria possível a custo de aumentar o numero da repetição, como seria necessário para cobrir uma distancia determinada. Posto que, todavia não sabemos o que as combinações de magnitudes das forças e a repetições causa na pele (rupturas), é difícil determinar se a redução seria benéfica para todos.

Na atualidade, têm uns poucos dispositivos ortopédicos disponíveis que pretendem reduzir a força da fricção por debaixo do pé, empregando diferentes métodos.²⁵ Recentemente temos avaliado a eficácia biomecânica ao vivo de dois sistemas de palmilhas para reduzir as forças, no Laboratório de Biomecânica da Universidade de Ohio de Medicina Podológica.

Não vou a entrar nos detalhes deste estudo, mas o que temos encontrado é que estas palmil-

has não reduzem a eficácia em voluntários são como não o fazem em in vitro.²⁶ Têm um numero de razões possíveis para nossos resultados, mas me gostaria fazer hincapé que se deveriam fazer um amplo conjunto de testes in vitro e in vivo em tais desenhos ortopédicos antes que se pode considerar completamente funcionais.

Incluso, pode ser desenhado em um futuro próximo um aparelho ortopédico que reduz eficazmente as forças de fricção no sapato, mas deve justificar e deve fazer frente a magnitude das repetições porque senão pode gerar um problema paradoxico.

A complexidade da resposta

Pessoalmente, acredito que a pele, seja na mão ou embaixo do pé, responde as forças mecânicas de diferentes maneiras, às vezes mediante a formação de uma bolha, outras vezes um calo ou uma úlcera.

O tipo da resposta depende da relação de forças à pressão da fricção, o reconto de repetição e a duração da aplicação, ademais de fatores ambientais e fisiológicos como a grossura

AMPUTAR? NÃO!!!

Ozonomatic® ajuda salvar!

Registro Anvisa: 803827300001



Pé Diabético
Úlcera do Decúbito
Vasculopatias Periféricas
Má Circulação
Drenagem Linfática
Fisioterapia

Hidro-Ozonoterapia: A Renovação Diária da Sua Saúde.



Dia dos Noivos



Spa do Pé



Spa do Pé Inalando Essências



Pé Diabético

- Único Gerador Portátil para Hidro-Ozonoterapia
- 380 a 600 jatos de massagem
- 72 jatos Acessório Spa do Pé
- Controle Remoto
- 7 Programas de Ozonmassagem
- Massagem corporal difusaa
- Drenagem linfática
- Peeling natural
- Baixo consumo de energia
- Ligação simples
- Uso imediato

- Fácil utilização / instalação em:
 - Banheiras convencionais
 - Banheiras de hidromassagem
 - Ofurôs até 300 litros / Home care

Consulte-nos sobre:
Ofurôs, Banheiras,
Iluminação e Cromoterapia.

Angevan Ozonomatic®
www.angevan.com.br
21 2522-1885 8151-4807



Spa Zen

da pele, a umidade e a temperatura.

A relação da pressão e a fricção na realidade determinam se um objeto desliza sobre outro. Tal deslocamento, ainda que seja em uma área pequena e instantânea, é um fator importante e determinante na integridade estrutural dos tecidos brandos, já que pode impor um risco para a saúde.

Para prever como a pele responde a fatores mecânicos requer uma maior investigação e elaboração. Até então, para o podólogo o “ponto escuro” se manterá nas sombras.

Metin Yavuz, PhD, obtuvo su doctorado en el programa conjunto Ingeniería Biomédica Aplicada de la Cleveland Clinic y Cleveland State University, bajo la supervisión del Dr. Brian Davis. En la actualidad realiza investigaciones en el Colegio de Ohio de Medicina Podológica, con un enfoque en la biomecánica del pie diabético.

Reconocimiento: El autor desea expresar su agradecimiento al Dr. Vicente Hetherington y Joani Lannoch del Colegio de Ohio de Medicina Podológica por la prestación de apoyo durante la preparación de este artículo.

Fuente: lowerextremityreview.com

References

1. Boulton AJM, Hardisty CA, Betts RP, et al. Dynamic foot pressure and other studies as diagnostic and management aids in diabetic neuropathy. *Diabetes Care* 1983;6:26-33.
2. Frykberg RG, Lavery LA, Pham H, et al. Role of neuropathy and high foot pressures in diabetic foot ulceration. *Diabetes Care* 1998;21:1714-1719.
3. Ctercteko GC, Dhanendran M, Hutton WC, Le Quesne LP. Vertical forces acting on the feet of diabetic patients with neuropathic ulceration. *Br J Surg* 1981;68:608-614.
4. Stokes IAF, Faris IB, Hutton WC. The neuropathic ulcer and loads on the foot in diabetic patients. *Acta Orthop Scand* 1975;46:839-847.
5. Armstrong DG, Peters EJ, Athanasiou KA, Lavery LA. Is there a critical level of plantar foot pressure to identify patients at risk for neuropathic foot ulceration? *J Foot Ankle Surg* 1998;37(4):303-307.
6. Lavery LA, Armstrong DG, Wunderlich RP, et al. Predictive value of foot pressure assessment as part of a population-based diabetes disease management program. *Diabetes Care* 2003;26(4):1069-1073.
7. Hsi WL, Ulbrecht JS, Perry JE, et al. Plantar pressure threshold for ulceration risk using the EMEDSF platform [abstract]. *Diabetes* 1993;42(S1):103a.
8. Ledoux WR, Cowley MS, Ahroni JH, et al. No relationship between plantar pressure and diabetic foot ulcer incidence after adjustment for ulcer location. *American Diabetes Association 65th Scientific Sessions (Abstract #67-OR)*, San Diego, June 2005.
9. Veves A, Murray HJ, Young MJ, Boulton AJ. The risk of foot ulceration in diabetic patients with high foot pressure: a prospective study. *Diabetologia* 1992;35(7):660-663.
10. Shaw JE, Boulton AJM. Pressure time integrals may be more important than peak pressures in diabetic foot ulceration (Abstract). *Diabet Med* 1996;13(Suppl 7):S22.
11. Pollard JP, Le Quesne LP. Method of healing diabetic forefoot ulcers. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983;286(6363):436-437.
12. Yavuz M, Erdemir A, Botek G, et al. Peak plantar pressure and shear locations: relevance to diabetic patients. *Diabetes Care* 2007;30(10):2643-2645.
13. Yavuz M, Tajaddini A, Botek G, Davis BL. Temporal characteristics of plantar shear distribution: relevance to diabetic patients. *J Biomechanics* 2008;41(3):556-559.
14. Yavuz M, Davis BL. Regional analysis of plantar forefoot shear stress distribution in athletic individuals with a history of frictional blisters. *J Am Podiatr Med Assoc* 2010;100(2):116-120.
15. Yavuz M, Hetherington VJ, Botek G, et al. Forefoot plantar shear stress distribution in hallux valgus patients. *Gait Posture* 2009;30(2):257-259.
16. Yavuz M, Husni E, Botek G, Davis BL. Plantar shear stress profiles in rheumatoid arthritis patients: relevance to foot pain. *J Am Podiatr Med Assoc*. In press.
17. Hall OC, Brand PW. The etiology of the neuropathic plantar ulcer. *J Am Podiatr Med Assoc* 1979;69(3):173-177.
18. Delbridge L, Ctercteko G, Fowler C, et al. The aetiology of diabetic neuropathic ulceration of the foot. *Br J Surgery* 1985;72(1):1-6.
19. Murray HJ, Young MJ, Hollis S, Boulton AJ. The association between callus formation, high pressures and neuropathy in diabetic foot ulceration. *Diabet Med* 1996;13(11):979-982.
20. Goldblum RW, Piper WN. Artificial lichenification produced by a scratching machine. *J Invest Dermatol* 1954;22(5):405-415.
21. MacKenzie IC. The effects of frictional stimulation on mouse ear epidermis. *J Invest Dermatol* 1974;63(2):194-198.
22. Martin PE, Marsh AP. Step length and frequency effects on ground reaction forces during walking. *J Biomechanics* 1992;25(10):1237-1239.
23. Orendurff MS, Bernatz GC, Schoen JA, Klute GK. Kinetic mechanisms to alter walking speed. *Gait Posture* 2008;27:603-610.
24. Schwartz MH, Rozumalski A, Trost JP. The effect of walking speed on the gait of typically developing children. *J Biomechanics* 2008;41(8):1639-1650.
25. Lavery LA, Lanctot DR, Constantinides G, et al. Wear and biomechanical characteristics of a novel shear-reducing insole with implications for high-risk persons with diabetes. *Diabetes Technol Ther* 2005;7(4):638-646.
26. Matassini M, Patel J, Ky T, et al. Do shear reducing diabetic insoles really reduce plantar shear? *Diabetic Limb Salvage Conference 2009*, Washington, DC, September 2009.

Problemas Dermatológicos.

Alterações Frequentes nas Unhas.

Dra. M. Mar Ballesterro Torrens. Dr. Montse Andreu Miralles. Espanha.

A unha é uma lâmina queratinizada situada no dorso da ponta dos dedos das mãos e pés. Esta lâmina queratinizada ou lâmina ungueal, descansa sobre um epitélio escamoso queratinizado, o leito ungueal. Esta rodeada por dois sulcos laterais e um sulco proximal da pele, este último muito queratinizado que se denomina eponíquio ou cutícula. A pele situada abaixo o extremo livre distal da unha se denomina hiponíquio.

Debaixo do sulco ungueal proximal se encontra a matriz, que esta composta por um grupo de células basaloideas que se multiplicam e queratinizam sem formar grânulos de queratohialina, dando origem a lâmina da unha. A porção distal da lâmina esta composta por ortoqueratina, a próxima esbranquiçada, chamada lúnula, esta composta por paraqueratina. A proliferação continua das células da matriz produz o crescimento da unha.

Como derivado ectodérmico composto de queratina, a placa ungueal cresce para a parte distal dos dedos a partir de uma dobradura de epidermes aderido ao leito ungueal o qual esta próxima a matriz em sua parte proximal. A unha cresce lentamente desde o primeiro dia depois do nascimento, posteriormente é mais rápido até voltar a ser mais lento na velhice. O crescimento ungueal é maior nas mãos (0,8 mm/semana) que nos pés (0,25 mm/semana), especialmente na mão dominante.

As alterações ungueais podem ser devidas a um processo patológico local, a uma manifestação de uma doença cutânea ou a uma alteração sistêmica. As alterações de origem hereditária também podem afeta-las. É importante realizar uma historia clinica completa e uma exploração física do resto da pele. Em ocasiões ocorre que as alterações ungueais são o único sinal de doença.

Sinais ungueais próprios da infância

A unha ao ser fina e transparente se curva pelo extremo distal ao nascimento. É freqüente a onicosquises (esfoliação transversal em capas da margem distal da unha, com descoloração desta zona), troca muito freqüente em unhas dos pés das crianças. Estas alterações e a presença de crestas longitudinais da unha diminuem com a

idade.

A coiloniquia é uma inversão na curvatura da lâmina ungueal que lhe confere um aspecto côncavo dorsal (colher).

É muito freqüente na infância, especialmente no dedo gordo do pé, ainda que também se vê nos demais dedos. Não sole ser um indicador de deficiência de ferro ou de cistina como ocorre no adulto.

Os capilares tão evidentes na dobradura ungueal amadurecem para a forma adulta em poucos meses, dependendo do peso da criança, fazendo-se imperceptíveis.

As linhas de Beau são depressões centrais da lâmina que chegam a ver-se em um 92% das crianças entre 4 e 14 semanas de vida e que podem exacerbar-se se tem tido sofrimento fetal intra-uterino.

Um achado ocasional são as lesões de bolhas auto-infligidas, que se vê no dorso dos dedos e polegar ao nascer, atribuindo-se a própria sucção dentro do útero.

Sinais ungueais próprios da velhice

Ao longo da vida as unhas recebem muitas agressões externas e internas, o que faz que apresentem uma serie de modificações, algumas das quais podem considerar-se normais (formam parte do crono-envelhecimento cutâneo), enquanto que outras representam uma patologia mais ou menos freqüente nos indivíduos de idade avançada.

As alterações ungueais devidas à idade se devem a reiteração de agressões externas (fricção, pressão, alterações de temperaturas, etc.), mas sobre tudo as progressivas modificações fisiológicas do organismo (alterações vasculares, neurológicas e osteoarticulares senis), ao progressivo crono-envelhecimento dos epitélios (manifestado pelo retardamento na atividade dos queratinócitos), a xeroses (por diminuição dos lipídios de superfície e progressiva desidratação) e as alterações hormonais e nutricionais.

A isto deve somar-se o feito de que o idoso tem mais dificuldade para executar os cuidados higiê-



Linha Spa Mãos e Pés – A excelência em tratamento que faltava no trabalho de podologia e manicure

Agora podólogos e manicures têm uma linha completa para uso exclusivo profissional com produtos formulados à base de própolis, alantoína e chá verde para assepsia, além de manteigas especiais, óleos vegetais, óleo de maracujá e argila para revitalização e hidratação intensa.



Loção Higienizante

Promove higienização local e suave refrescância.

Gomage Esfoliante

Renovação celular. Revitaliza e auxilia na atenuação de calosidades.

Manteiga para Mãos, Cutículas e Pés

Hidratação profunda. Proteção e emoliência com ação rejuvenescedora.

**Tudo que o profissional precisa
O resultado que o cliente quer**

Vita Derm
HIPOALERGÊNICA
Desde 1984

WWW.VITADERM.COM

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE

nicos necessários. Ademais, pode influir a medicação que toma e adiciona-se a outras doenças que possa padecer. Todo isto faz que a lâmina ungueal seja mais grossa e seca, menos brilhante e de superfície menos lisa.

Esta distrofia ungueal pode ser especialmente acentuada na primeira unha dos pés, onde pequenos traumatismos são mais intensos e frequentes, de tal forma que com muita frequência a lâmina adquire um engrossamento marcado (paquioníquia), opacidade, pigmentação e sulcos transversais. O hallux valgus (“joanete”) se soma as causas antes citadas e provoca uma fricção excessiva na cara interna do primeiro dedo, destruindo as dobraduras laterais e favorecendo o crescimento vertical da lâmina.

Alterações patológicas mais frequentes são as infecções do aparelho ungueal como a onicomicoses. As alterações típicas da onicomicoses são: onicólises, hiperqueratoses subungueal, cromoníquia, destruição da lâmina e distrofia importante. Tem que ter em conta que estas alterações são também características de outros processos, principalmente da psoríase ungueal, com a que sempre levanta o diagnóstico diferencial.

Para confirmar a suspeita de onicomicoses é preciso executar um exame microscópico direto que permita visualizar as hifas. É necessário raspar a unha ou cortar uns fragmentos que, sobre o porta-objeto, trata-se logo com hidróxido potássio ao 10-30%, ao que pode adicionar-se tinta Parker para visualizar melhor os elementos fúngicos. Os cultivos se fazem preferentemente em meios de Sabouraud adicionados com antibióticos para impedir o crescimento de bactérias.

Sinais ungueais em adultos

Alterações da textura superficial

- Sulco horizontal ou linhas de Beau (Fotografia 1): A má nutrição ou traumatismos da matriz provocam uma banda defeituosa na formação da unha. Pode estar provocado por uma doença geral ou por processos locais. Sucessivos brotes originam varias linhas paralelas.

- Buracos ou pitting: São depressões puntiformes da lâmina. Se encontra na psoríases, alopecia areata, líquen plano, eccema, dishidroses, pitiríases rosada ou traumatismo ocupacional.

- Estrias longitudinais de largura variável: Constitui uma alteração no crescimento da unha. Um único sulco longitudinal pode estar relacio-



nado com a pressão que exerce os tumores malignos ou benignos na dobradura ungueal. A aparição de sulcos longitudinais também pode ser produzida pela presença de quistes mixóides. Se forem múltiplos podem ser fisiológicas, onicorrexis ou unha senil, insuficiência vascular, líquen plano, artrites reumatóide, congelamento.

Se apresentam-se isoladas: familiar, distrofia mediana canaliforme (é uma estria que recorre longitudinalmente à unha, podendo abarcar a grossura da unha, geralmente dos polegares. A unha acaba dividida na parte media, da qual saem umas crestas curvadas para trás formando uma imagem em <<pinho invertido>>. Costuma dever-se a traumatismos auto-infligidos como consequência de tics), trauma, tumores.

- Traquioníquia (Fotografia 2): Rugosidade da unha que se percebe em toda a lâmina, superfície de lixa. Observa-se em todas as unhas na chamada síndrome das 20 unhas (Fotografia 3) idiópática, afetação da lâmina em forma de estrias longitudinais desde o nascimento e que costuma melhorar com a idade. Muitas vezes o processo



inflamatório que o origina é uma dermatite atópica, líquen plano, psoríases ou alopecia areata. Ocasionalmente o tratamento com corticóides tópicos ou intra-lesionais conseguem melhorias clínicas, em unhas individuais por agressões químicas, alopecia areata e líquen plano.

Alteração na lâmina

- Paquioniquia: Engrossamento das unhas que pode ser real (afeta matriz) ou aparente (hiperqueratoses). Este último se associa a onicomicoses, eczema crônico, líquen plano, psoríases. O engrossamento real se associa a psoríases, síndrome de Reiter, traumatismos, onicomicoses, eczema de contato, líquen plano, alopecia areata.

- Onicosquicia: Separação laminar das unhas. Se for distal pode associar-se a unha molhada repetidamente, velhos, detergentes. Se for proximal se deve a psoríases, líquen plano ou tratamento por retinoides.

- Onicomadeses: Perda completa da unha com afetação da matriz. Devido à paroniquia aguda, traumatismo local, dermatoses bolhosa, síndrome Steven-Johnson ou farmacêuticos.

Alteração no leito ungueal

- Onicólises (fotografia 4): Unha separada de seu leito nas bordas lateral e distal, se é extensa pode produzir uma perca completa. Troca da cor normal da unha. Pode ser causada por psoríases, infecção por Cândidas, traumatismo por sapatos e manicura, eczema de contato trabalha com pinturas ou dissolventes, foto-sensibilidade com farmacêuticos, líquen plano, tumores, tireotoxicose, doença vascular periférica.

- Atrofia da unha: Com pterígium, a cutícula cresce por enzima da unha inicialmente dividindo-a. Associa-se a líquen plano, onicotilomania, acroesclerose, penfigóide. Sem pterígium, paroniquia intensa com distrofia, atrofia idiopática da



infância, psoríase grave da unha.

- Hipertrofia: Crescimento do leito ungueal. Pode ser devido a: hiperqueratosis, psoríases, infecção fúngica ou de paroniquia (traumatismos, infecções) ou onicogriposes (em idosos, insuficiência vascular, hallux valgus).

Alteração do contorno geral ou deformidade

- Dedo hipocrático ou unha em vidro de relógio: Caracteriza-se pelo aumento longitudinal e transversal da curvatura da unha junto à hipertrofia da ponta dos dedos. Associa-se a alterações cardiovasculares e respiratórias.

- Coiloniquia: Engrossamento e concavidade com as bordas em relevo, adotando um aspecto em “colher”. É idiopática ou associada a lesão de contato (ocupacional), líquen plano, alopecia areata psoríases, fisiológica da infância, doença de Darier, doença de Raynaud, onicomicoses, ferropenia, síndrome unha-rotula (hereditário, autossômico dominante com uma localização no braço longo do cromossomo nove. Tem uma distrofia da unha do polegar (unhas frágeis em colher) com redução de sua proeminência respeito aos dedos cubitais. Em 90% dos casos associa-se a aplasia ou luxação da rotula. Em um 42% tem também afetação renal.

- Hipercurvatura transversal ou unhas em “telha”: A unha sole encravar-se nos sulcos laterais.

- Unha encarnada ou onicocriptoses: Se produz quando o tecido brando das dobraduras ungueais laterais é penetrado pelos bordes laterais da lâmina ungueal. Como consequência deste feito, se produz inflamação, dor e, em última instância, tecido de granulação e supuração. Os dedos que se afetam com maior frequência são os dedos gordos dos pés. A causa mais habitual é o uso de sapatos muito estreitos na ponta e/ou um erro na forma de cortar as unhas.

Outras causas são a deformação da lâmina ungueal (unha em pinça), a obesidade e os problemas ortopédicos dos pés. O tratamento consiste em tentar separar a lâmina ungueal da pele adjacente.

Em ocasiões, se o quadro inflamatório é pouco intenso, são suficientes algumas medidas conservadoras, como despegar o contato unha-pele com um pequeno rolo de algodão e aplicar anti-sépticos e antibióticos tópicos.

Quando se forma um tecido de granulação rea-

podology



PEDISCRUB

KAOLIN, EXTRATO DE ALOE, CAROÇO DE ALPERCE e ÁCIDO LÁCTICO.

APLICAÇÃO

Aplicar efetuando uma suave massagem circular nos calcanhares e nas plantas dos pés, até se produzir a descamação.

INDICAÇÕES:

Creme esfoliante para os pés. Creme esfoliante para eliminar as durezas dos calcanhares e da parte sobre a qual se apoia o pé.- Elimina as células mortas, previne a secura e suaviza e recupera a flexibilidade da pele do pé, diminuindo a sensação de comichão e de "pés adormecidos".- O seu conteúdo em pó refinado de Carroço de Alperce exfolia suavemente. Pelo seu conteúdo em Óleo Essencial de Menta tem propriedades revitalizantes, ao mesmo tempo que o Extrato de Aloe Vera proporciona uma hidratação profunda.



PEDIMASK

TALCO, EXTRATO DE CAMOMILA, ÓLEO ESSENCIAL DE ROSMANINHO, ÓLEO DO ÁRVORE DO CHÁ e MENTOL.

APLICAÇÃO.

Aplicar uma camada média de PEDIMASK por todo o pé e manter durante 15-20 minutos. Retirar seguidamente com água morna.

INDICAÇÕES

Máscara Hidro-reparadora e refrescante para os pés. Máscara que hidrata, repara, reestrutura e aumenta a elasticidade dos pés secos, cansados e deteriorados de um modo imediato.- Impede a evaporação de água nos tecidos e pela sua combinação de Princípios Hidratantes, Mentol, Extrato de Camomila e Óleos Essenciais de Árvore do Chá e Rosmaninho, acalma, condiciona e suaviza a pele dos pés, deixando-os frescos e relaxados. Tem propriedades bactericidas e reduz o inchaço dos pés doloridos e estriados.



PEDICONFORT

URÉIA, MANTEIGA DE KARITÉ, EXTRATO DE CALÊNDULA, EXTRATO DE ALFAZEMA, CERA DE ABELHAS, ÓLEO ESSENCIAL DE LIMÃO e TRICLOSAN.

APLICAÇÃO.

Depois de lavar os pés, aplicar o creme por meio de uma suave rotação até sua total absorção. Usar uma ou duas vezes ao dia indistintamente pela manhã ou pela noite.

INDICAÇÕES

Creme regenerador calmante e suavizador para os pés. Para pés cansados e estragados, produz um alívio imediato e prolongado. Atenua as gretas produzidas pelo excesso de secura, devido ao efeito reparador da Manteiga de Karité e do Óleo Essencial de Alfazema. Suaviza os pés e previne a formação de durezas, nutrindo a pele sem deixar restos graxos. Efeitos anti-sépticos pelo seu conteúdo em Óleo Essencial de Limão, mantém os pés isentos de bactérias, pelo qual ficam desodorizados, hidratados e frescos, evitando os cheiros desagradáveis.



PEDIREMOVE

HIDRÓXIDO POTÁSSICO

APLICAÇÃO.

Cubra a dureza com um algodão seco.- Embeba o algodão o mais possível com PEDIREMOVE.- Mantenha durante 10 minutos, acrescentando PEDIREMOVE no caso de haver evaporação de produto.- Retire o algodão passando pela dureza com uma espátula ou uma raspadeira.- Repita esta operação todas as vezes que for necessário.- Ao acabar pula a zona com uma escova de unhas ou uma lixa para os pés.- Lave abundantemente com água no final do processo.- Proteger a polpa dos dedos com uma luva ao fazer a aplicação do produto.



NIGHT & DAY

Tratamento na Clínica/Salão

- 1º PEDIREMOVE (só para pés com calos) 10 minutos
- 2º PEDISCRUB
- 3º PEDIMASK 15/20 minutos
- 4º PEDICONFORT

Tratamento Spa dos Pés (revenda)

- 1º PEDISCRUB
- 2º PEDIMASK 14/20 MINUTOS
- 3º PEDICONFORT

Produtos Fabricados e Importados da Espanha por Laboratorios Ximart S.A. - Res. ANVISA N° 343/05

Compre com preço diferenciado para profissionais
no www.shop.mercobeauty.com

tivo na dobradura lateral, a solução deveria ser cirúrgica. Se o granuloma em questão é pequeno, pode realizar-se no eletro-coagulação e curetagem, e aplicar ácidos tricloroacéticos na área curetada e colocar o pequeno rolo de gaze ou algodão, com o fim de manter separada a unha da pele. Se todos estes procedimentos falham, o processo recidivo ou existe grande profusão do tecido de granulação deveria efetuar-se uma onicsectomia parcial com matricectomia parcial e fecho do defeito com pontos de sutura.

Alteração da cor das unhas (discromias)

- Leuconiquia: A lâmina ungueal adquire uma cor esbranquiçada devido a que a matriz produz células com uma queratinização alterada. Associam-se a psoríases, dermatites exfoliativa.

- Pseudoleuconiquia: Neste caso, a cor esbranquiçada da lâmina é originada por uma causa externa, como na onicomicoses ou o esmalte da unha.

- Leuconiquia aparente: O Aspecto branco da unha deve-se a alterações subjacentes. Sole-se associar a insuficiência hepática, anemia, hipoalbuminemia, líquen, onicólises, doença renal, diabetes e cardiopatias.

- Hemorragias em lasca (2-3mm longitude): São hemorragias longitudinais do leito ungueal distal que seguem o trajeto dos vasos subungueais.

Associam-se geralmente a traumatismos externos. Também se tem associado a síndrome antifosfolipídico, eccema, psoríases, onicomicoses idiopática, doença de Raynaud, escorbuto, vasculites e endocardites (Fotografia 5).

- Cromoniquia: As causas exógenas decolaram a zona proximal, as endógenas colorem a lúnula. Se for amarela se associa a onicomicoses, carotenos, icterícia. Azul: minociclina, fenotiacidas. Se for verde, a causa mais freqüente é a infecção por pseudomonas.

A gravidez e a má-nutrição podem ocasionar



Foto 5

unhas de cor marrom.

- Melanoniquia: Mancha marrom ou negra. Sempre se deve descartar o melanoma subungueal acral (afeta um dedo, extensão do pigmento a dobradura proximal, mais de 50 anos, rápida expansão de bordas irregulares, borda longitudinal escurecido, localizado em matriz ou ao redor) do hematoma.

Variações da direção do crescimento das unhas

- Onicogrifoses (Fotografia 6): A queratina da unha esta sendo produzida a um ritmo irregular, a zona da matriz com um crescimento maior determina a direção da deformidade. Sole ocorrer no primeiro dedo e sua causa sole ser traumática.



Foto 6

Motivos de consulta segundo a lesão principal ungueal

Alterações locais nas unhas

Traumatismos

Os agudos podem chegar a provocar a queda de toda a unha e, os crônicos, como resultado do uso inapropriado de um calçado inapropriado, podem provocar um engrossamento ungueal que provocara uma deformação conhecida como onicogrifoses. Traumatismos repetidos laborais, ou esfregar-se a raiz da unha com outras, provoca distrofia irregular que deixa de produzir-se ao fechar o habito; se persiste ou tem alteração da matriz pode ser causa permanente de distrofia, provocando alteração do crescimento ou desprendimento ungueal (onicólises).

Infecção

Dos tecidos proximais a unha (paroniquia), sole ir acompanhada por sobre-infecção por pseudomona e cândidas; geralmente se deve a uma exposição repetida a um entorno úmido e

ECCO[®]



Laser Red Photo Therapy

“O melhor tratamento
para os pés”

100% APROVADO

ONICOMICOSE **CURA**

ONICOCRIPTOSE **CURA**

FISSURA CALCÂNEA **CURA**

VERRUGA PLANTAR **CURA**

Totalmente natural
Não invasivo
Uso terapêutico



INMETRO

ANVISA

80323310002

À venda no **Shop da revistapodologia.com**
www.shop.mercobeauty.com

traumatismo de pouca importância, solem afetar-se mais freqüentemente o índice o dedo coração.

- Paroniquia aguda: É uma inflamação aguda das dobraduras; geralmente existe infecção bacteriana, comumente estafilocócicas, cuja porta de entrada sole ser a existência de um trauma menor na cutícula.

- Paroníquia crônica. Trata-se de uma inflamação crônica das dobras, caracteriza-se por eritema, abrandamento da zona e descarga intermitente de pus. Pode estar produzida por cândidas ou por bactérias tanto Gram positivas como negativas. São fatores predisponentes a má circulação periférica, a diabetes, as cândidas e o costume de traumatizar reiteradamente La cutícula.

- Panadizo herpético: É a primo-infecção ou recorrência da infecção pelo vírus da herpes simples localizada nos dedos. Caracteriza-se por vesículas agrupadas que tendem a confluir formando uma bolha multilocular. Localiza-se na ponta dos dedos das mãos e curso com dor intenso e sensação pulsátil. Auto limita-se em um período de umas 2 semanas com a formação de crostas. É muito importante diferenciá-lo do panadizo estafilocócico pelas implicações terapêuticas, já que o panadizo herpético não deve debridar-se cirurgicamente.

A citologia do conteúdo da vesícula sole permitir o diagnóstico. Se trata-se de uma primo-infecção, se aconselha tratamento oral com antivirais (200 mg/4 h/5 doses ao dia de aciclovir; 500 mg/12 h de valaciclovir, 125 mg/8 h de famciclovir) que se mantém durante 5 dias, com o fim de reduzir mais rapidamente a sintomatologia. Se é uma recorrência, se aconselha banhos da parte do dedo afetada mergulhando-a durante 5-10 minutos em álcool ou éter de 4 a 6 vezes ao dia. Deve administrar-se analgésicos ou antiinflamatórios segundo a dor.

- Onicomicoses: Cerca de 50% das consultas dermatológicas em Atenção Primária são onicomicoses e, dado que muitas afecções ungueais são muito parecidas clinicamente, é preciso um diagnóstico correto. A infecção pode estar produzida pelo dermatofitos, Cândida e mohos.

As onicomicoses são geralmente uma doença dos adultos e idosos, já que estão favorecidas pela presença de distrofias ungueais previas. Os tipos clínicos de onicomicoses vêm definidos pela localização, existem quatro formas clínicas: a subungueal distal, a branca superficial, a pro-

ximal e a onicomicoses distrofia total. A onicomicoses subungueal distal e lateral é a mais freqüente. As formas subungueal proximal, branca superficial e distrofia total são pouco freqüentes e quase exclusivas de pacientes imunodeprimidos, e a doença com a que se confundem com maior freqüência também é a psoríases.

A infecção se inicia na borda distal em forma de descoloração branco-amarelada da lâmina ungueal, desde onde progride proximamente. A lâmina ungueal se faz mais grossa e se produz uma hiperqueratoses reativa do leito ungueal que levanta a unha do leito ungueal (onicólises). Esta forma é a que se confunde com maior facilidade com outras doenças que cursam com onicólises, especialmente a psoríases.

No geral, se afeta uma unha só, a do primeiro dedo do pé. As unhas das mãos se afetam com menor freqüência. A afetação de varias unhas deve fazer pensar em imunodepressão. O diagnóstico de onicomicoses não deve basear-se unicamente no aspecto clínico. O elevado numero de doenças das unhas que cursam com distrofia e hiperqueratoses subungueal dificulta muito o diagnóstico clínico, pelo que é necessário realizar quase sempre um cultivo micológico.

A onicomicoses deve diferenciar-se sobre tudo da onicopatía psoriásica. Nesta solem afetar-se varias unhas de forma simétrica e, ademais da onicólises, sole ter piequetado ungueal. Se se suspeita a existência de psoríases, deve realizar-se um exame de toda a pele em busca de lesões específicas. No apartado tratamento se dão pautas de como devem tratar-se as onicomicoses.

- Pterigium (fibroses do tecido periungueal): A lâmina ungueal sofre um estreitamento progressivo em um ponto concreto que sole ser a porção central, mais tarde se produz a fusão da dobradura ungueal proximal a matriz, com o que nessa área não se forma unha. No começo a unha aparece dividida em duas metades, finalmente o processo termina geralmente com a perca total da unha. Associa-se a onicotilomania e líquen plano.

Doenças da pele com afetação ungueal

Psoríase

É uma dermatose inflamatória crônica na que se perde o controle do recambio ("turnover") celular da epiderme, provocando uma dermatose inflamatória crônica.

Epidemiologia e etiologia

A prevalência em Espanha é de 1,4% da popu-

lação espanhola, com dois picos de máxima incidência: segunda e quinta décadas da vida. Geneticamente determinada (se associa HLA-Cw6); etiologia desconhecida. Pode existir história familiar: quando um dos pais tem psoríases, um 16% dos descendentes a desenvolvem e, quando ambos os progenitores padecem a doença, 50% dos filhos a herdam.

Diagnostico clinico

A afetação ungueal na psoríase ocorre entre o 10% e 50% dos pacientes. Ainda que é pouco freqüente, pode ser que as alterações ungueais sejam a primeira manifestação e clave, para o diagnostico da doença. No nível ungueal se provoca uma acumulação de queratina como nas lesões da pele, esta alteração provoca as manchas amarelo-marrons (manchas de azeite), o engrossamento da lâmina e a hiperqueratoses subungueal, que sole produzir onicólises por afe-



tação do leito; outra manifestação resultado da afetação psoriasica da matriz é a formação de pequenas depressões em forma de ponto pela perda de pequenos tampões de queratina anormal conhecido como pitting ungueal (fotografia 7). A artrite psoriásica é mais freqüente nos pacientes com afetação ungueal importante.

Tratamento

Informar sobre a não infectividade, a cronicidade do quadro, a evolução para brotes e os fatores desencadeantes: stress, infecções (em especialidade as amigdalites), evitar os traumatismos, incluindo a coceira, para que não se produza o fenômeno de Koebner e evitar a ingestão de determinados medicamentos como o lítio, os beta-bloqueantes, os antipalúdicos, os AINEs e a supressão do tratamento com corticóides sistêmicos. Recomendar que aplicasse diariamente hidratantes para melhorar a elasticidade das placas, tomar o sol sem queimar-se e apoio psicológico. O tratamento da onicopatía psoriásica é pouco efetivo.

Liquen Plano

É uma dermatoses inflamatória freqüente que

pode afetar a pele, as mucosas, as unhas e o pelo (Fotografia 8).

Epidemiologia e etiologia

Afeta entre os 30 e 60 anos por igual a ambos os sexos, pouco freqüente na infância. Curso clinico oscilante com cicatrização de lesões e aparição de novas ao longo 1-2 anos. A causa é desconhecida ainda que provavelmente se deva a interações entre fatores tanto endógenos-genéticos como exógenos-ambientais, em alguns casos se constata o stress psicológico como fator desencadeante (morte de um familiar, acidentes).

Diagnostico clinico

Ao redor de 10% dos pacientes com líquen plano apresentam afetação ungueal. As alterações mais freqüentes são estreitamento e perda do brilho da lâmina ungueal, atrofia da placa ungueal, podendo esta desaparecer por completo. É possível que a cutícula engrosse e cresça por cima da placa ungueal; esta anormalidade se conhece como formação de pterigium, muito característico do líquen plano (que consiste no crescimento da pele do pliegue perioniquial distalmente sobre a lâmina ungueal).

Quando se suspeita que a onicopatía é devida a um líquen plano, terá que explorar ao paciente em busca de lesões de líquen plano, e em especial a mucosa oral em busca do reticulado esbranquiçado característico

A lesão elemental da pele é uma pápula de bordas poligonais e cor eritematoso ou violeta, de superfície lisa, através da qual pode-se observar, sobre tudo ao umedecer a pápula com aceite ou álcool, uma fina rede esbranquiçada que se conhece como estrias de Wickham, praticamente patognomônicas. A distribuição das lesões no líquen plano sole ser simétrica e bilateral, é muito freqüente que comece nas áreas flexoras do punho e antebraço, com posterior progressão ao tronco, músculos e tornozelos. A afetação da cara é rara.



O prurito pode ser importante e pode ter lesões de coceira que às vezes provocam distribuição lineal das pápulas (fenômeno de Koebner). Uma característica clínica de todas as formas é que as lesões quando curam deixam uma pigmentação cinza residual muito típica que pode durar vários meses.

Eczema

Qualquer tipo de eczema da cara dorsal dos dedos que se estenda até a matriz da unha pode produzir uma distrofia ungueal. Pode ver-se associado com as unhas quebradiças com tendência a rachaduras. No eczema ou dermatites de contato, existe um engrossamento e deformidade da unha, em ocasiões com sulcos horizontais. As alterações mais habituais são a presença de sulcos transversais na lâmina ungueal (linhas de Beau), piquetado e outras alterações distróficas. Estas alterações melhoram quando se controla a dermatite.

Doença de Darier

Observa-se distrofia ungueal e estrias longitudinais que finalizam com uma morfologia em V

com entalhe na borda livre ungueal. Na pele pode observar-se pápulas descamativas na cor marrom na parte central das costas, tórax e pescoço. Pioram com a exposição solar.

Alopecia areata

Os pacientes com alopecia areata podem apresentar alterações ungueais que vão desde um piqueteado irregular e difuso que confere à lâmina um aspecto sem brilho até estriações transversais como riscos, rugosidade (traquioniquia) e opacificação; leuconiquias e unhas quebradiças



Foto 9

SISTEMA PODOLÓGICO

O Sistema Podológico fornece uma solução prática e eficaz para escolas, clínicas e consultórios de podologia que buscam informatizar a sua clínica, escola ou consultório. Algumas características do sistema:

- Acompanhamento de Fichas de Anamnese;
- Anotações dos Atendimentos;
- Agendamento de Consultas;
- Controle de Contas de Entrada e Saída;
- Acompanhamento Fotográfico;
- Controle de Acesso personalizado por usuário;
- Controle e Acompanhamento de Estoque;
- Facilidade na busca pelas informações cadastradas;
- Completa lista de relatórios;
- Entre outras...

Acesse nosso site e faça o download gratuito da versão DEMONSTRAÇÃO do sistema e conheça todas as funcionalidades.

AFIA ASSESSORIA E INFORMÁTICA

Telefone : (19) 3534.2181
Site : www.afa.inf.br
Email : podologico@afa.inf.br


Soluções em equipamentos de informática e rede, Sistemas Comerciais, ERPs e Nota Fiscal Eletrônica. Acesse nosso site e comece todos os nossos produtos e serviços.

A venda no nosso Shop: www.shop.mercobeauty.com em 6 x sem juros !!!

Beauty Fair.

Beleza sempre em movimento.

De 10 a 13 de Setembro de 2011
Expo Center Norte - São Paulo-SP



Beauty Fair, a maior e mais completa feira profissional de cosméticos, beleza e bem-estar das Américas. Tendências, novidades, lançamentos, conteúdo educacional e negócios.

Beauty Fair é mais que uma feira de beleza, é um acontecimento. Você não pode perder a 7ª edição deste grande evento.

Evento exclusivo para profissionais do setor.



— BEAUTY FAIR —

Feira Internacional de Cosméticos e Beleza

www.beautyfair.com.br

Tel.: 11 3373-4633

(Fotografia 9). Não existe tratamento específico. Quando se resolve a alopecia, geralmente de forma espontânea curam-se as unhas. Pode associar-se com “a distrofia das 20 unhas”.

Doenças auto-imunes

O Pênfigo e Penfigóide podem associar-se com uma diversidade de alterações entre os que incluem sulcos, rachaduras da placa ungueal e atrofia em algumas ou em todas as unhas. O lúpus pode dar descoloração na unha e friabilidade.

Doenças gerais com afetação ungueal

Alterações ungueais em doenças sistêmicas

Nas doenças agudas se observa uma linha transversal atrofiado que recebe o nome de linha de Beau. A onicomadese pode aparecer em qualquer doença grave, produzindo um desprendimento da unha.

Doenças crônicas

A alteração do corpo da unha em forma de colher ou em baqueta (Fotografia 10) afeta os tecidos brandos da falange terminal com presença da inflamação e aumento do ângulo entre a placa ungueal e a prega. Associa-se a problemas respiratórios crônicos, cardíacos cianóticos e gastrointestinais. Ocasionalmente é hereditária, se afeta unilateralmente pode estar associada a anormalidades vasculares.

Alterações de cor

Em doenças hepáticas as unhas podem ter uma cor branca (leuconiquia) devido a uma hipalbuminemia. Na insuficiência renal observa-se uma descoloração marrom. Na icterícia adota uma coloração amarela, sempre se deve realizar diagnóstico diferencial com a síndrome das unhas amarelas que sole associar-se com anormalidades da drenagem linfática. Os remédios



podem causar alterações na coloração, por exemplo, a tetraciclina da cor amarela, os antiplúdicos descoloração azul e a clorpromazina cor marrom.

As estrias longitudinais de coloração marrom freqüentemente observam-se em raças de pele pigmentada, especialmente depois de um traumatismo. Este encontro é raro nos caucasianos e pode dever-se a um nevus melanocítico, doença de Addison ou a um lentigo associado. Mas não esqueçamos o melanoma ungueal, pode aparecer como uma estria longitudinal de cor negro ou marrom escuro. O sinal de Hutchinson com pigmentação se estende aos tecidos circundantes, especialmente a cutícula.

Lesões adjacentes a unha

Os quistes mixóides

Desenvolvem-se subcutaneamente nas articulações interfalângicas distais, encontrando-se adjacente a unha, provocando anormalidade em seu crescimento. Estes se desenvolvem como uma extensão da membrana sinovial e está enlaçados a articulação mediante uma estrutura fina. É preciso realizar uma divisão muito meticulosa para a cicatrização.

As verrugas

Podem localizar-se no periniquio (verrugas periungueais) ou no hiponíquio (verrugas subungueais). São mais freqüentes em pacientes com o costume de roer as unhas ou manipular-se as peles.

A lâmina ungueal pode deformar-se por compressão ao crescer a verruga. Trata-se de um processo de difícil tratamento, já que na localização periungueal um tratamento demasiado agressivo, com curetagem ou eletro coagulação, pode produzir lesões na matriz e distrofia ungueal secundária permanente, e nas subungueais o acesso sole ser difícil. A opção terapêutica mais acertada solem ser os queratolíticos tópicos com ácidos láctico e salicílico, ainda que nos casos mais recalcitrantes podem combinar-se com crioterapia e/ou bleomicina intralesional.

Os nevus

Podem ser em forma de nevus melanocítico benigno em forma de estria pigmentada. O melanoma subungueal pode produzir uma considerável pigmentação e ser causa de pigmentação da cutícula, denominada síndrome de Hutchinson. Em ocasiões é amelanocítico, pelo que não se produz alterações pigmentarias.

As exostoses subungueais

Podem causar uma lesão com frequência muito dolorosa embaixo da unha. Confirma-se com radiologia.

Os tumores glômicos

Originam-se como nódulos sensíveis ao tato.

Os fibroqueratomas periungueais

Também se desenvolvem em pacientes com esclerose tuberosa.

Pontos Clave

1) O diagnóstico das lesões ungueais se baseia no aspecto clínico.

2) As onicomicoses e a psoríase são as causas mais frequentes da distrofia ungueal (onicolises, hiperqueratoses subungueal). Para diferenciá-las, na ausência de lesões típicas de psoríase, quase sempre é necessário realizar um cultivo micológico. A presença de pitting e a afetação de múltiplas unhas orientam para psoríase.

3) A psoríase é um transtorno crônico que se produz por uma pré-disposição poligênica em combinação com fatores desencadeantes, como por exemplo, traumatismos, infecções ou medicamentos.

4) O líquen plano é uma doença inflamatória eritematodescamativa crônica muito pruriginosa e para seu tratamento pode ser útil o uso de anti-histamínicos de primeira geração com efeito sedativo. A transformação maligna do líquen plano erosivo da boca é pouco frequente, mas não tem que esquecer-se. Isso nos obriga a realizar controles periódicos dos pacientes com líquen plano oral.

5) Os eczemas que afetam a parte distal dos dedos podem dar lugar a alterações ungueais persistentes que podem simular uma onicomicoses ou incluso uma psoríase.

6) As candidíases estão produzidas por leveduras do gênero *Candida*. A *Candida albicans* é a mais habitual.

7) A paroniquia candidásica ou panadizo crônico afeta as pessoas que mantêm as mãos em contato com água de forma contínua. Ademais do tratamento, é fundamental evitar a umidade.

8) O diagnóstico de melanoma subungueal

geralmente demora, por isso é importante suspeitá-lo diante todo tumor de localização subungueal e diante qualquer melanoníquia.

9) Um tumor subungueal doloroso com grande probabilidade é um tumor glômico ou uma exostose.

10) As verrugas periungueais são muito recalcitrantes, ainda que solem auto resolver-se no término dos anos. Os tratamentos agressivos podem produzir deformidade definitiva da matriz ungueal, e por isso se recomenda começar sempre com queratolíticos durante uns meses.

Dra. M. Mar Ballester Torrens

EAP Ramón Turro. Barcelona. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Trabajo de Dermatología y Anticoagulación Oral. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfic).

Dra. Montse Andreu Miralles

EAP Amposta. Tarragona. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Trabajo de Dermatología y Medicina Rural Rural Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Coordinador:

Dra. Francisco Muñoz González

Médico Especialista en MFyC. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid.

Fuente: elmedicointeractivo.com

Bibliografía

1. Peyrí J. Patología ungueal. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica 1999; 185-192.
2. Martínez de Salinas Quintana A, Roncero M, de Unamuno Pérez P. Problemas dermatológicos frecuentes en los ancianos (II) FMC. 2006; 13(6): 279-86
3. López Municio F. Alteraciones en las uñas. En: Jordi Espinàs. Guía de actuación en Atención Primaria. semFYC. 3ª ed. 2006.
4. Ruiz R, Blasco J, Sánchez D. Distrofia de las 20 uñas. Jano. 2006; 0: 49.
5. Tosti A, Piraccini BM. Treatment of common nail disorders. Dermatol Clin 2000; 18: 339-48.
6. Sola MA, Ribera M. Onicomicosis. Piel 1996; 27: 133-140.
7. Linares MJ, Moreno JC, Solís F, Casal M. Clasificación de las infecciones fúngicas. Características microbiológicas de interés clínico. Estudio de resistencia. Infecciones fúngicas superficiales Medicine. 2006; 09: 3683-92.
8. Ferrándiz C. Dermatitis eritematoescamosas (I). Psoriasis. Eritrodermias. En: Ferrándiz C, ed. Dermatología Clínica 2ª ed. Madrid, Harcourt 2001, pp.

165-175.

9. Martí RM, Casanova JM, Astals M, Baradad M. Etiopatogenia de la psoriasis. *Clínicas Dermatológicas de la AEDV* 2004; 2: 34-51.

10. Nickoloff BJ, Nestle FO. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. *J Clin Invest* 2004; 113: 1664-75.

11. Fitzpatrick TB. *Dermatología en medicina general*. 5ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2001.

12. Casanova M, Ribera M. Tratamiento tópico de la psoriasis. *Piel* 1999; 14: 494-503.

13. Casanova JM, Ribera M. enfermedades de la piel 2002/1. FMC protocolo.

14. Fonseca E. Psoriasis. Protocolo terapéutico. (En

línea) (fecha de consulta enero 2007). Disponible en www.especialistadermatologia.com

15. Joish VN, Armstrong EP. Which antifungal agent for onychomycosis? A pharmaco-economic analysis. *Pharmacoeconomics* 2001; 19: 983-1002.

16. Gupta AK, Ryder JE, Baran R. The use of topical therapies to treat onychomycosis. *Dermatol Clin*. 2003; 21: 481-9.

17. Llambrich A, Lecha M. Tratamiento actual de las onicomicosis. *Rev Iberoam Micol*. 2002; 19: 127-9.

18. Baran R, Kaoukhov A. Topical antifungal drugs for the treatment of onychomycosis: an overview of current strategies for monotherapy and combination therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005; 19: 21-9.



Visite nosso Shop Virtual
www.shop.mercobeauty.com



Mag Estética

Beleza feita com Arte

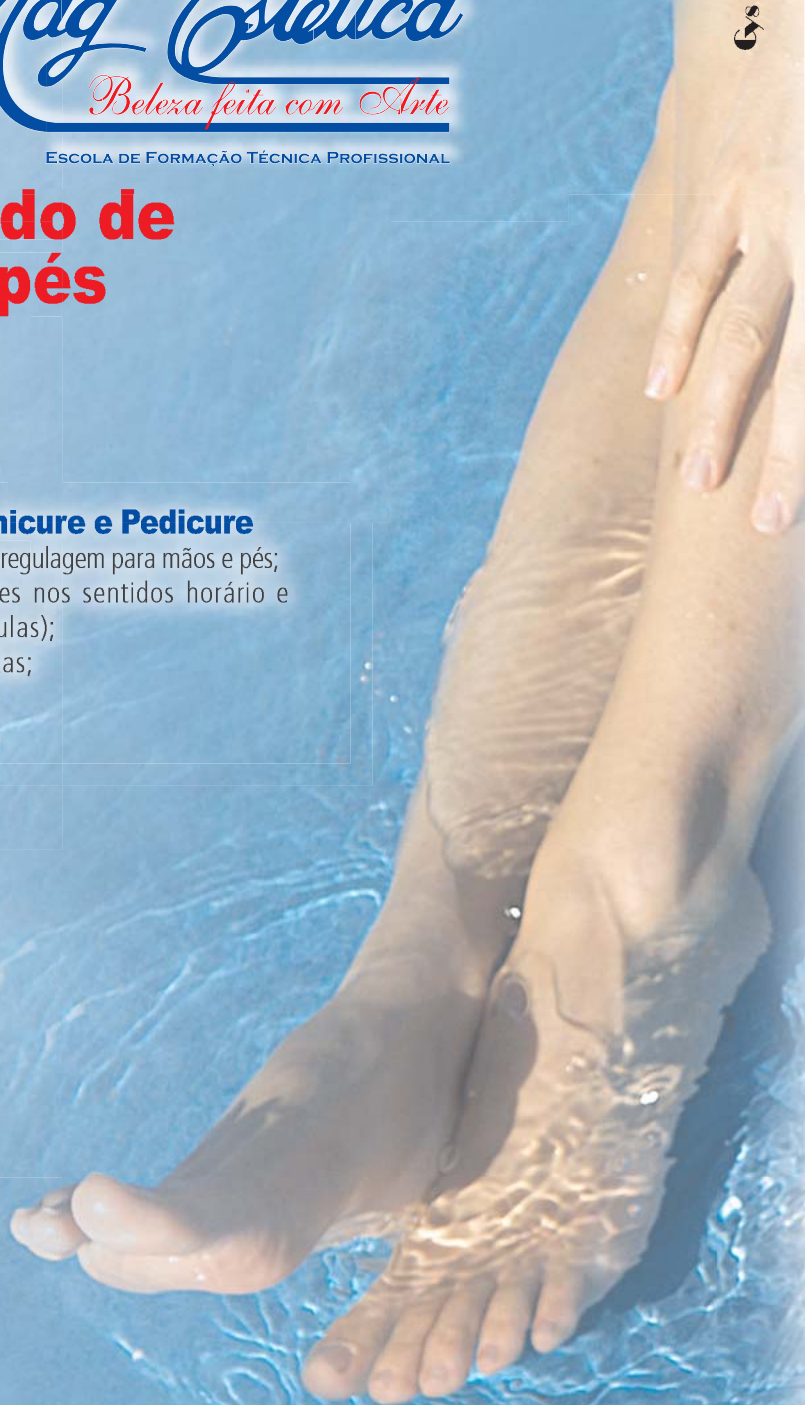
ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Não tenha medo de mostrar seus pés

Mag Pé

Aparelho para Podologia, Manicure e Pedicure

- Motor ultra-potente até 21.100 rpm: com regulagem para 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;
- Aparelho anatômico do tipo caneta.



Tel.: (11) 2061-7763



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

www.magestetica.com.br



Mag Estética

Beleza feita com Arte

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Pioneira em Micropigmentação no Brasil



Cursos de maquiagem definitiva

Torne-se um micropigmentador de sucesso com a Mag Estética

Curso Básico

Único no país que inclui o ensino de laserterapia, que acelera os processos de cicatrização e fixação de pigmentos.

Curso de aperfeiçoamento - 1

Aprenda técnicas especiais de pigmentação de sobrancelhas, olhos, lábios e conheça modernas técnicas de camuflagem e correção de assimetrias.

Curso de aperfeiçoamento - 2

Nessa etapa, aprenda a camuflar diferentes tipos de cicatrizes, manchas de vitiligo e a reconstruir o complexo aréolo-mamilar pós-cirurgias.

Os melhores cursos de estética e beleza estão aqui

Cursos Livres



- Estética Facial (Básico);
- Estética Corporal (Básico);
- Reflexologia Podal;
- Manicure e Pedicure;
- Unhas de Porcelana;
- Pedicuro Calista;
- Aperfeiçoamento em Pedicuro Calista.

**Inscrições
Abertas**

Cursos Técnicos 2009



Esteticista 1.200 Horas

Podologia 1.200 Horas

Os cursos técnicos são uma ótima opção para quem deseja adquirir conhecimento do básico ao avançado com um único curso.



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

Tel.: (11) 2061-7763

www.magestetica.com.br

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-flebítico.
- 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: Mercobeauty Imp. e Exp. Ltda. Tel: (#55-19) 3365-1586

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

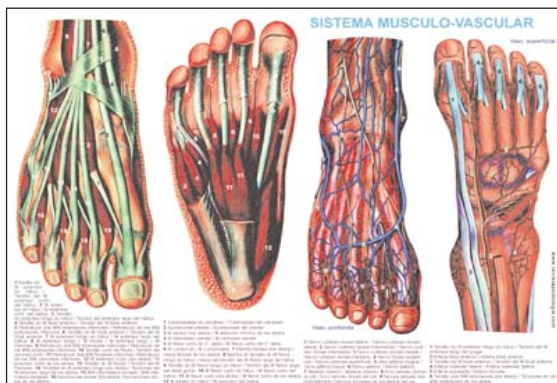
40 x 30 cm



ESQUELETO
DEL PIE 1
ESQUELETO
DO PÉ 1



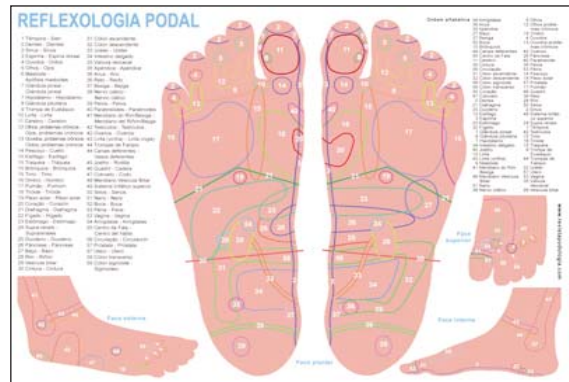
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSIS



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

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

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

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