

revistapodologia .com

Nº 41 - Dezembro 2011



Revista Digital de Podologia

Gratuita - Em português



4º

CONGRESSO BRASILEIRO DE PODOLOGIA Hair Brasil

25 de março/2012

Expo Center Norte - São Paulo

Evento conjunto à HAIR BRASIL

**Conheça os novos procedimentos e
protocolos profissionais do setor de beleza**

Antecipe sua inscrição pela internet

(promoção válida até 31/01/2012)

Aproveite o

DESCONTO DE 50%

www.hairbrasil.com

Evento conjunto à **HAIR BRASIL** - o mais influente
evento de beleza e estética da América Latina

Realização

HairBrasil
Profissional

Apoio Institucional

ABIHPEC
Associação Brasileira da Indústria de
Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos

intercoiffure
MONDIAL
PARIS · TOKIO · LONDON · ROMA
NEW YORK · BERLIN

intercoiffure
MONDIAL
PARIS · TOKIO · LONDON · ROMA
NEW YORK · BERLIN
B R A S I L

Apoio

**universidade
anhembimorumbi**
Laureate International Universities

revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 41
Dezembro 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 - Tratamento Local das Úlceras Diabéticas.

Dr. Ivo Brochado, Podologista - Portugal.

19 - Entorse do Tornozelo.

Podólogo Jorge Arturo González Leija - México.

24 - Osteocondrose do Osso Escafoide: Doença de Kohler.

Dr Daniel Wywiorsky - Australia.

30 - Técnica de Onicocriptoses: Basas A-B.

Antonio Basas Encinas - DP, Bernardino Basas García - DP, Maria del Carmen Basas García - DP, Antonio Basas García - Lic. Podologia - Espanha.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 32.

Revistapodologia.com

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 3365-1586 - Campinas - São Paulo - Brasil.

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

A Editorial não assume nenhuma responsabilidade pelo conteúdo dos avisos publicitários que integram a presente edição, não somente pelo texto ou expressões dos mesmos, senão também pelos resultados que se obtenham no uso dos produtos ou serviços publicados. As idéias e/ou opiniões expressas nas colaborações firmadas não refletem necessariamente a opinião da direção, que são de exclusiva responsabilidade dos autores e que se estende a qualquer imagem (fotos, gráficos, esquemas, tabelas, radiografias, etc.) que de qualquer tipo ilustre as mesmas, ainda quando se indique a fonte de origem. Proíbe-se a reprodução total ou parcial do material contido nesta revista, somente com autorização escrita da Editorial. Todos os direitos reservados

**A qualidade dos produtos Ferrante tem
o reconhecimento do profissional
brasileiro há mais de 80 anos.**



Cadeira Master
Cód. 13945 M1
Opcionais
- bandeja para resíduos
- luminária com exaustor
- bandeja para instrumentos
- suporte universal



Mocho
Cód. 15200



Cadeira Master
Cód. 13945



Luminária
Cód. 17201

Estufa
Cód. 17600

Armário
Cód. 15401

Rua Independência, 661 - Cambuci - São Paulo - SP - CEP 01524-001
Grande São Paulo (11) 2063 7815 - Demais localidades DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

 **FERRANTE**
80 anos valorizando o profissional

Tratamento Local das Úlceras Diabéticas

Dr Ivo Brochado, Podologista. Portugal.

Qual o produto e apósito ideal?

INTRODUÇÃO

As complicações mais temidas da Diabetes Mellitus (DM) são as úlceras dos pés, que podem culminar com a perda de um membro. Sabemos que, aproximadamente, cerca de 15% dos pacientes com DM irão sofrer de uma úlcera do pé ou perna durante o percurso da sua doença. Assim sendo, o tratamento local da úlcera diabética adquiriu uma grande importância e maior complexidade à medida que os estudos de investigação têm avançado com o descobrimento de novas formas de tratamento.

Avaliação inicial da lesão

Quando nos confrontamos com uma úlcera num pé diabético, não devemos esquecer a avaliação geral do doente, e não nos focarmos apenas no problema local. Uma vez realizada uma história clínica adequada, é imprescindível realizar uma avaliação integral da úlcera. É fundamental, em primeiro lugar, um diagnóstico etiológico da úlcera. Embora do ponto de vista clínico, a localização da úlcera, o seu aspecto, o estado da pele e anexos nos forneça bastantes dados, é obrigatório fazer uma exploração neurológica, vascular e biomecânica. Uma vez realizada esta avaliação, podemos encontrar três tipos básicos de lesões no pé diabético: neuropáticas, isquémicas e neuroisquémicas. Qualquer uma destas lesões podem-se complicar com infecção.

Devemos medir o tamanho da lesão. É muito importante avaliar a profundidade e estado das estruturas profundas. A úlcera deve ser explorada mediante instrumentos estéreis em todas as suas dimensões, porque desta maneira descartamos cavitações das mesmas. Mediante esta exploração, podemos chegar a palpar o osso, o que é um fortíssimo sinal para diagnosticar osteomielite. A úlcera pode apresentar-se com exsudado seroso, hemático, sero-hemático ou, simplesmente, purulento. Tudo isto deve ser, devidamente, apontado na história do paciente.

É fundamental avaliar o leito da úlcera e, para isso, poderemos utilizar, entre outras, a Marion



Figura 1 - Leito avermelhado. Tecido de granulação.

Laboratories Wound Classification, apresentada na tabela 1 (Fig. 1).

Marion Laboratories Wound Classification

Tabela 1

Vermelha	Limpa, tecido de granulação
Amarelo	Possível infecção necrótica, necessita limpeza
Negro	Necrótica, necessita limpeza

É de grande importância a avaliação dos tecidos periulcerosos, pois podem apresentar sinais sépticos como celulite, flutuação, crepitação ou porque se encontram macerados pelo exsudado ou incluso pelo sistema de curas que poderemos estar a utilizar. Descartar a infecção, inicialmente, será fundamental para assegurarmos um prognóstico favorável. O diagnóstico de infecção no pé diabético será, fundamentalmente, clínico e, perante a mínima suspeita, será imprescindível tratá-la imediatamente e adequadamente.

Uma vez registados os dados anteriores, podemos classificar a úlcera. A classificação mais utilizada e mundialmente aceite é a de Wagner, que diferencia 5 graus em função da profundidade e extensão da perda tecidual. O problema desta classificação é que nunca se refere à etiologia e a presença de infecção é só referenciada a partir do grau 3. Recomenda-se a utilização da Classificação da Universidade do Texas que tem em conta a profundidade da lesão, a presença de

infecção e a isquemia, sendo, portanto, uma classificação de eleição para as lesões úlcerosas do pé diabético.

A chave no tratamento da úlcera é estabelecer a etiologia da lesão. Não faz nenhum sentido haver troca contínua de apósitos para a cicatrização de uma úlcera isquémica, porque será necessária uma avaliação da cirurgia vascular, que decidirá se está indicada uma revascularização. Da mesma maneira, no caso da úlcera ser neuropática pura, sem compromisso vascular, deve-se tratar minimizando a pressão da zona. Se isto não se concretiza e o paciente continua a caminhar sobre a úlcera sem descarga, o tratamento local estará condenado ao fracasso.

A úlcera do pé diabético não é uma ferida crónica por definição, sendo que é uma ferida que se torna crónica com o tempo, devido a um atraso no diagnóstico ou a um tratamento inadequado, ou seja, uma ferida em que o processo fisiológico de cicatrização está alterado. Caracteriza-se por uma disfunção celular e por um desequilíbrio bioquímico, cuja principal manifestação é a presença de várias barreiras mecânicas que dificultam e retardam o processo normal de cicatrização. As principais barreiras de cicatrização numa úlcera de pé diabético são a presença de tecido necrótico e esfacelado, o desequilíbrio bacteriano e a alteração dos níveis de exsudação e a sua composição.

Protocolo de tratamento local da úlcera neuropática

Em função do estado clínico da úlcera, poderá ser seguida a seguinte lista de terapêutica local:

- Limpeza da ferida;
 - Desbridamento;
 - Controlo do exsudado;
 - Prevenir e combater a infecção;
 - Descarga;
- Estimular a cicatrização e a reepitelização.

Limpeza da ferida

Todas as úlceras estão contaminadas por bactérias (2), o que não quer dizer que estejam infectadas. Na maioria dos casos, uma limpeza e desbridamento eficaz impossibilita que a colonização bacteriana progrida para infecção clínica.

A limpeza da ferida é fundamental em cada tratamento e é uma das bases mais importantes para otimizar as condições da ferida e diminuir o perigo de infecção. Deveremos começar a limpeza com uma solução salina isotónica com uma

pressão que não cause trauma no leito da ferida, mas que facilite o arrastamento mecânico dos restos necróticos (figura 2). A esta limpeza deverá sempre seguir-se uma secagem por pressão e nunca por fricção.



Figura 2 - Lavagem da ferida

Não se recomenda o uso de nenhum produto antiséptico no leito da ferida devido à sua capacidade citotóxica (3). Os antisépticos tópicos, nas limpezas de feridas, têm unicamente utilidade para diminuir a carga bacteriana nas feridas infectadas.

O uso de antisépticos para a limpeza e tratamento das úlceras do pé diabético é, no entanto, muito controverso, hoje em dia. Hoje em dia possuímos grande gama de produtos comercializados, por exemplo, a Povidona Iodada, embora a sua acção antiséptica se classifique entre o nível alto e nível intermédio, no tratamento das úlceras do pé diabético a sua utilização deverá ser selectiva, unicamente como “espera” de outras alternativas terapêuticas para conservar a zona aséptica, e em caso de necroses distais com o objectivo de secar-las enquanto se aguarda por uma amputação ou nas últimas fases de epitelização também como secante (Figuras 3, 4).

Nunca se deve utilizar para a cicatrização das feridas, dado o seu efeito citotóxico sobre os queratinócitos e fibroblastos, até porque a sua utilização, por períodos prolongados, forma crostas que impedem a cicatrização.

A Clorhexidina a 0,5% é um antiséptico de baixa acção, actuando exclusivamente sobre bactérias gram+ e gram-, embora existam certas espécies de pseudomonas que possam ser resistentes.

Por vezes, quando se macera a zona perilesional, podemos utilizar tanto a povidona iodada como a clorhexidina, como protecção antiséptica e secante em torno da ferida. A água oxidada

Calzado y productos para el cuidado de los pies

Orto-Gama®



Creados para la comodidad de sus pies

CALZADO ORTO-GAMA COMFORT
PARA CABALLERO



CALZADO ORTO-GAMA COMFORT
PARA DAMA



SANDALIAS DE DESCANSO
ORTO-LADY



SEPARADOR DE GEL TIPO T



ANILLOS CON DISCO DE GEL



PROTECTOR DE JUANETE



PROTECTOR DEDO TOE CAP



DEDO EN GARRA TOE CREST



PASO SUAVE CON ANILLO



PUNTERA CON GEL



TIN CON GEL DE DAMA



HALLUX VALGUS



TALONERA DE HERRADURA



TALONERA DE DONA



TALONERA DE GEL Y SILICÓN



(peróxido de hidrogénio) é um antiséptico de amplo espectro germicida, mas tem como grande desvantagem o facto de ficar rapidamente inactivo pelos tecidos mediante a enzima catalase. Como hemostático é usado após o desbridamento cirúrgico com hemorragia abundante.



Figura 3 – Aplicação de povidona iodada numa necrose seca



Figura 4 - aplicação de Povidona Iodada como antiséptico e secante a nível perilesional

Desbridamento

A úlcera mais frequente no paciente diabético é a úlcera neuropática plantar, também conhecida como mal perforante plantar. Tipicamente, estas lesões encontram-se rodeadas de uma hiperqueratose ou calo periulcerozo, que é fundamental eliminar. A lesão deve ser desbridada em toda a sua extensão e sempre respeitando as normas de asépsia. Estes desbridamentos são realizados sem necessidade de recorrer a anestesia, devido à etiologia da úlcera. Como, geralmente, existe uma boa irrigação no pé puramente neuropático, existirá um sangramento dos bordos. Na minha prática clínica, costumo remover toda a hiperqueratose, realizando uma boa curetagem da epi-

derme superficial até que os tecidos periulcerozos sangrem um pouco (Figura 5).



Figura 5 - Desbridamento do tecido desvitalizado

No acto do desbridamento, se nos depararmos com exsudado purulento, deveremos recolher uma amostra para enviar ao laboratório, realizando cultivo e antibiograma.

Se durante o desbridamento palpar-se e/ou se vir osso, uma osteomielite está quase confirmada. Uma vez terminado o desbridamento total, vamos ter o tamanho e profundidade real da úlcera.

Quando o leito da úlcera apresenta esfacelos, tecido necrótico e/ou fibrótico será imprescindível um desbridamento exaustivo da mesma, já que estas apresentam maior probabilidade de infecções, para além de apresentarem um atraso na cura ao actuarem como barreira mecânica para o tecido de granulação. O desbridamento consiste, portanto, em eliminar todo o tecido

morto, desvitalizado e contaminado, extraíndo-o da ferida.

Existem mecanismos naturais de desbridamento, no entanto, existem numerosos estudos que demonstram que este processo for acelerado, a úlcera fechará mais rapidamente (2). Existem diferentes formas de acelerar este desbridamento: cirúrgico (mediante tesouras e/ou bisturis), por meio de um preparado enzimático (como a colagenase) e também através do desbridamento autolítico (mediante hidrogeis e outros produtos de cura húmida que permitem a autodigestão do tecido, desvitalizado pelas enzimas, normalmente, presentes nos fluidos da úlcera) (Tabela 2).

Formas de Desbridamento

Tabela 2

	Desbridamento cirúrgico	Desbridamento enzimático	Desbridamento autolítico	Desbridamento mecânico
Indicações	- Grandes necroses - Infecções profundas	- Leito esfacelado - Crostas necróticas	- Base seca - Úlceras cavitadas - Exposição óssea	- Contra-indicação das anteriores
Método	- Bisturi - Curetagem	- Colagenase	- Hidrogeis	- Apósitos húmidos ou secos

O **desbridamento cirúrgico** é o mais rápido e eficaz. Será indicado em caso de grandes zonas de necroses, alto grau de contaminação e infecções graves (Figura 6).

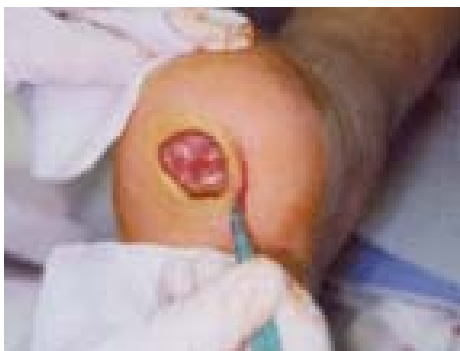


Figura 6 - Desbridamento cirúrgico

Para realizar este tipo de desbridamento, será necessário assegurar condições óptimas para a cura da ferida e um aporte sanguíneo suficiente (IPTB > 0,5, pressão hallux > 50mmHg e uma pressão transcutânea de oxigénio >

30mmHg)(4). Naqueles casos, onde a lesão neuropática não o permita, será necessário associar-se a administração de um anestésico local ou geral.

Um dos produtos mais utilizados para o **desbridamento enzimático** é a colagenase. Nas feridas e úlceras, a colagenase endógena actua, não só como agente desbridante, mas também como um estímulo à granulação e à remodelação da matriz intracelular. Vários trabalhos têm demonstrado que a colagenase exógena (Clostridiopeptidase) aplicada nas feridas tem também estas propriedades.

Por isso, a sua utilização trás vantagens em ambas as fases da cicatrização. Existem evidências científicas que indicam que a Colagenase (Clostridiopeptidase A) é um desbridante bastante potente, aplicando-se 1 vez/dia uma fina camada de 2mm sobre a zona a tratar ligeiramente humedecida (para potenciar a sua acção).

A sua acção pode encontrar-se comprometida no caso de a misturar com outros preparados enzimáticos, antisépticos, metais pesados e detergentes. Está contra-indicado a sua aplicação directa sobre ligamentos, fásia ou ossos expostos (Figura 7).



Figura 7 - Úlcera isquémica que requiere desbridamento autolítico e não enzimático já que existe exposição óssea

Em crostas necróticas duras, pode-se inocular com seringa e agulha na base do tecido necrótico ou fazer pequenas insições no centro da escara para facilitar o seu desbridamento cirurgicamente (Figura 8). A colagenase também se comercializa combinada com Neomicina.



Figura 8 - Aplicação de collagenase com seringa

O desbridamento autolítico é facilitado por todos aqueles apósitos que eliminem o ambiente húmido, especialmente, hidrogeis, hidrocoloides, filmes transparentes e alginatos. Estes apósitos criam um ambiente idóneo para a liquefação dos restos e promovem, ao mesmo tempo, a formação de tecido de granulação.

É uma forma de desbridamento indolor e selectiva, mas, por outro lado, bastante mais lenta. Será um método de eleição para aqueles doentes com uma componente isquémica severa e/ou exposição óssea.

Os hidrogeis são produtos orientados para incrementar os níveis de humidade nos tecidos, devido à elevada percentagem de água presente na sua composição.

Está, por isso, especialmente indicado para aquelas feridas com baixo nível de exsudado ou tecido necrótico seco, com objectivo de criar um ambiente húmido que promova o desbridamento autolítico ou a proliferação de tecido de granulação.

Estão contra-indicados em úlceras com grande exsudado, pois poderia producir maceração perilesional. Não têm função de barreira bacteriana e necessitam de um apósito de cobertura.

Outro produto que favorece o desbridamento autolítico são os alginatos, que, ao entrarem em contacto com o soro, exsudado ou qualquer solução que contenha iões de sódio, convertem-se, parcialmente, em alginato sódico e formam um gel hidrofílico, o qual vai criar um ambiente quente e húmido, desenvolvendo uma óptima cicatrização. Os alginatos cálcicos são produtos não antigénicos, hemostáticos e que apresentam algum efeito bacteriostático (5).

A frequência de troca de pensos aumenta em relação com o exsudado da ferida, para evitar a maceração dos tecidos adjacentes. Está indicado

em úlceras muito exsudativas e contra-indicado em úlceras secas ou com pouco exsudado.

O desbridamento mecânico é o menos utilizado, é pouco selectivo e, em certas situações, pode arrastar tecido saudável. Consiste na eliminação de tecido desvitalizado mediante forças físicas, que incluem o uso de apósitos húmidos/secos, hidroterapia (lavagem da ferida por arrasto).

A eleição entre desbridamento mecânico e/ou tópico é empírica. A maioria dos especialistas concorda com a maior eficácia no desbridamento cirúrgico (6) (obrigatório no caso de infecção) e, por vezes, o ideal será uma combinação de ambos (Figura 9 e 10).



Figura 9 – Requer desbridamento cirúrgico das hiperqueratoses perilesional, e a nível do leito podemos combinar um hidrogel com um apósito de prata para controlar a carga bacteriana.



Figura 10 - Imprescindível combinar um desbridamento cirúrgico e enzimático e/ou autolítico já que os restos de fibrina aderidos ao leito da ferida dificultam o cirúrgico

Controlo do exsudado

O exsudado proporciona nutrientes às células envolvidas no processo de cicatrização, participa no controlo da infecção, permite a acção de factores tróficos naturais e mantém um ambiente húmido, que favorece a cicatrização (3).

A quantidade de exsudado presente numa ferida pode condicionar a sua cicatrização, assim sendo, tanto um excesso como um defeito do exsudado podem ser prejudiciais para o desenvolvimento dos complexos processos da cicatrização.

Portanto, o apósito a utilizar deverá absorver o excesso de exsudado sem, no entanto, nunca secar o leito da ferida e, ao mesmo tempo, esta absorção deve ser também selectiva, respeitando as enzimas, factores de crescimento e as demais substâncias, que intervem no processo de cicatrização e que se encontram presentes no exsudado da ferida.

Clinicamente, o excesso de exsudado manifesta-se através de uma maceração perilesional, factor a ter em conta, já que provoca um grande atraso no processo de cicatrização.

Um aumento da exsudação da úlcera pode ser devido a vários factores (Tabela 3):

Tabela 3

Causas do aumento do exsudado	Terapia
Alterações sistémicas	Tratamento etiológico
Edema local	Terapia compressiva
Aumento carga bacteriana	Apósito antibacteriano

- A um aumento da carga bacteriana no leito da úlcera (necessário fazer-se o controlo dessa mesma carga bacteriana, utilizando um penso absorvível) (Figura 11);

- Ou poderá derivar de um edema local (que se tratará com terapia compressiva).

Controlo da carga bacteriana

Considera-se que uma ferida de evolução cróni-



Figura 11 - Aumento da quantidade de exsudado e tecido esfacelado como consequência do aumento da carga bacteriana.

ca está contaminada quando apresenta bactérias na sua superfície que não proliferam. Uma ferida apresenta-se contaminada quando existem, na sua superfície, germes que se multiplicam sem produzir lesões celulares no hópode.

Por último, uma ferida está infectada quando existem invasão e multiplicação de micro-organismos nos tecidos, ocasionando uma lesão local nas células da ferida. Considera-se que uma ferida está infectada quando se contabilizam mais de 100 000 colónias por grama de tecido ou quando existem sinais claros de osteomielite, infecção regional ou geral.

Hoje em dia, tem-se discutido conceitos como a presença de uma elevada carga bacteriana no leito de uma ferida que, sem causar infecção, pode atrasar a cicatrização das feridas crónicas (Tabela 4).

Sinais que podem evidenciar um aumento da carga bacteriana

Tabela 4

Tecido esfacelado
Tecido de granulação pobre
Maceração perilesional
Leito vermelho brilhante
Hipergranulação



Podal

care | podologia
profissional

pés e mãos bonitos e saudáveis

Linha de produtos Podal Care é exclusiva aos profissionais da área da beleza que atuam na saúde dos pés e mãos. Os produtos desenvolvidos contam com avançada tecnologia de base e princípios ativos evanescentes, que promovem a pele das mãos e dos pés resultados eficazes no tratamento de fissuras, ressecamento, higienização e proteção.



Óleo Essencial de Melaleuca

100% concentrado
Previne e combate micoses, hidratando a pele e as unhas, eficaz contra a umidade.

Hidratante Oil Free

Extrato de Própolis
Protege a pele, hidratação OIL FREE, toque aveludado sem deixar com aspecto oleoso.

Pomada Regeneradora

Lanolina e Manteiga de Manga
Regenera fissuras e possui ação cicatrizante, hidratação oclusiva de dentro para fora 100% eficaz contra calosidades.

Creme Peeling

Casca de Nozes e Parafina
Sistema 2 em 1 de esfoliação e gomagem, renovação celular e higienização, exerce sobre a pele fisicamente escamação e estoliação.

Fluido Emoliente

Uréia, Alantóina e Mentol
Cicatrizante, hidratante, antisséptico, promove ação refrescante e auxilia em todo o procedimento estético.

produtos destinados a profissionais
podólogos e manicures!

Tratamento e Prevenção!

Micoses, ressecamentos, fissuras,
fungos e bactérias.



A Linha Podal Care é uma marca exclusiva **Tuon Cosméticos**
serviço de atendimento: +55 11. 4052.3535
sat@tuon.com.br - www.tuon.com.br

O controlo da carga bacteriana nas úlceras do pé diabético(feridas crónicas, na sua maioria), será fundamental para assegurar um bom processo de cicatrização. Para evitar esta contaminação, será primordial um bom controlo da carga bacteriana e, para isso, há que partir do presuposto que o leito da ferida está contaminado, por isso, o uso de pensos bactericidas devem protocolizar-se desde o início do tratamento local da úlcera.

Os pensos de carvão activado e prata são apósitos facilmente toleráveis e, devido ao seu princípio puramente físico de limpeza da ferida, têm poucos efeitos secundários e não desenvolvem resistência, como pode acontecer aquando da utilização de antibióticos.

A sua principal função é diminuir a carga bacteriana do leito da ferida,mediante a absorção e fixação ao apósito dos micro-organismos que contaminam e infectam a ferida, eliminando, assim, os odores desagradáveis. São apósitos muito flexíveis e facilmente adaptáveis às estruturas anatómicas do pé.

Unicamente se deve utilizar agentes antibacterianos tópicos quando existem sinais e sintomas locais de infecção ou no caso de existir um aumento da carga bacteriana.

Utilizam-se antibióticos sistémicos se os sinais e sintomas de infecção se estender para além das margens da úlcera ou se se verificar “probing to bone” positivo (Figura 12).



Figura 12 – Úlcera cavitada com probing to bone positivo. Confiando-se osteomielite por Rx. Tratamento – exerce cirúrgica.

O diagnóstico de infecção associada a úlcera diabética deve ser, fundamentalmente, clínica. Os sintomas clássicos de infecção local da úlcera cutânea são os seguintes: inflamação (eritema, edema, tumefacção e calor), dor, odor e exsudado purulento (Figura 13).



Figura 13 - Úlceras exsudativas e com odor característico. Imprescindível fazer cultivo microbiológico.

Em relação à evolução da terapêutica local, se passado um prazo entre duas a quatro semanas com tratamento local, a úlcera não evoluiu favoravelmente ou continua com sinais de infecção local, tendo sido descartado a presença de osteomielite, celulite ou septicemia, deverá pensar-se em implementar um regime de tratamento com antibiótico sistémico específico, com um cultivo prévio, preferencialmente, mediante uma aspiração percutânea com agulha ou biopsia tecidual, evitando utilizar as técnicas de esfregaço ou a utilização de zaragatoas, uma vez que estas podem detectar apenas micro-organismos da superfície e não o verdadeiro microrganismo responsável pela infecção.

Teremos,também, que reconsiderar a existência de doença vascular periférica, realizar uma

radiografia para descartar osteomielite e/ou comprovar se a descarga de pressões está a ser eficaz (Figura 14).



Figura 14 - Fleimão com conteúdo purulento e drenagem do mesmo.

Os antibióticos tópicos podem ser inapropriados nas úlceras e feridas. Não se conhecem trabalhos clínicos onde se demonstrem a sua superioridade ou inferioridade aos antisépticos, frente aos microorganismos (6). Quando existe uma infecção, não uma colonização, deve-se recorrer a uma via sistémica e não a uma tópica. O uso de antibióticos por via tópica é mais viável de produzir resistência por parte dos microorganismos.

A sulfadiazina de prata 1% (creme) é um antibiótico tópico letal para gram + e -, Pseudomonas Aeruginosa e Cândida Albicans. Pode utilizar-se como agente antimicrobiano para reduzir a carga bacteriana no leito da úlcera em combinação com antibioterapia oral, quando existe infecção evidente.

Não se deve utilizar com enzimas proteolíticas tópicas que possibilitam a inactivação da prata. A Nitrofurazona, antibiótico tópico, é um bactericida cujo espectro de acção é letal para bacilos

gram + e -, alguns protozoários, no entanto, são ineficazes para Pseudomonas Aeruginosa.

Na actualidade, é um dos fármacos tópicos mais utilizados em curas húmidas no tratamento de úlceras do pé diabético, podendo ser aplicado em leitos limpos com o objectivo de manter a humidade que favoreça reacções metabólicas de regeneração e, ao mesmo tempo, aliviar a carga bacteriana.

Deve-se aplicar, unicamente, no leito da ferida, sem atingir a zona perilesional, e em mínimas quantidades para evitar a maceração da mesma zona.

Descarga

É fundamental e imprescindível uso de descargas provisórias em todas as lesões localizadas em zonas de pressão, que serão, prioritariamente, de carácter neuropático.

No tratamento de qualquer lesão localizada numa zona de apoio, por muitos tratamentos locais que façamos, se este não for acompanhado por um tratamento ortopodológico adequado, equilibrando ou compensando as cargas, obteremos poucos e pobres resultados (Figura 15).



Figura 15 - Descarga em feltro.

Estimular a cicatrização e reepitelização

Quando nos deparamos com uma úlcera em plena fase de granulação, com um leito vermelho e limpo, será fundamental o controlo do exsudado e, em função da exsudação da lesão, levar-se-

á a cabo a eleição do apósito mais idóneo. Também há que ter em consideração outro tipo de propriedades específicas de cada apósito, como a adesividade, isolamento e transparência, assim como as condições locais da úlcera a tratar: presença de restos necróticos, depósitos de fibrina, tecido de granulação, quantidade de exsudado, estado da pele circundante e localização.

É importante que a capacidade de absorção do apósito seja a mais similar possível à quantidade de exsudado que provém da úlcera, evitando a maceração da zona perilesional e permitindo, assim, um maior espaçamento entre as trocas de apósitos.

Outro aspecto que o curativo deve proporcionar à ferida é um grau de humidade e de temperatura optimizado.

As condições de humidade, temperatura e pH influenciam, decisivamente, a cicatrização, já que favorecem o desbridamento autolítico graças à activação de enzimas locais que digerem os restos de fibrina e de material necrótico, previnem a formação de crostas que impediriam a adequada epitelização, produzem um isolamento térmico que estimula a actividade mitótica e a epitelização, baixa a tensão de oxigénio (<5 mmHg.) e diminuem o pH, o que promove a proliferação de fibroblastos, a angiogénese e a migração dos queratinócitos e, finalmente, aliviam a sensação de dor local(7) .

A acumulação de humidade no leito da ferida, geralmente, nas últimas fases da cicatrização, pode produzir uma hipergranulação do leito ulceroso (Figura 16), tornando-se essencial, neste caso, um desbridamento cirúrgico do granuloma, em caso contrário, atrasar-se-á o processo de cicatrização. Também, devem permitir a troca gazosa.

A oclusão, como método de tratamento, é conhecida desde 195(8). A experiência tem demonstrado que a oclusão das feridas mantém um ambiente húmido, o que favorece a sua cicatrização.

Finalmente, é recomendável que o apósito actue como barreira antibacteriana minimizando o risco de infecção da ferida, sejam compatíveis com os tratamentos coadjuvantes, não afectem a pele circundante, permitam trocas de apósitos atraumáticas, facilitando a aplicação e retirada sem provocar danos tésidulres nem deixam restos de material na ferida, que sejam cómodos e estéticos para o paciente, não produzindo maus odores, que a sua composição seja neutra, que



Figura 16 - Hipergranulação com bordos não aderidos. Requer desbridamento cirúrgico do granuloma.

requeiram poucas trocas dos apósitos e que o custo seja efectivo.

Nas últimas fases de cicatrização, o mais importante será manter um meio óptimo e húmido sobre a úlcera e espaçar as trocas entre apósitos para favorecer e acelerar o processo fisiológico de cicatrização. Isto pode-se conseguir com a vasta gama de produtos de apósitos existentes no mercado, cujas características e indicações são descritas de forma individual pelos seus fabricantes.

O apósito ideal será, por isso, aquele que melhor responder aos principais objectivos terapêuticos para conseguir um bom maneio do exsudado, paracriar condições de cura num ambiente húmido e paraprotegera lesão de infecções, sob uma boa relação custo/benefício (9).

Os apósitos hidroactivos caracterizam-se por criar um ambiente húmido na ferida que estimula a regeneração tésidular e acelera a cura. Seu mecanismo de actuação está baseado na absorção do exsudado e mantendo o leito da ferida húmido e com boa temperatura.

Podemos destacar os hidrocolóides que são apósitos oclusivos com acção absorvente e favorecem o processo de desbridamento devido ao gel que forma com os fluídos da própria ferida (10) – os hidropolímeros, apresentam uma grande capacidade de absorção e um alto nível de retenção dos fluídos, são adaptaveis e flexiveis e

proporcionam um acolchoamento cómodo para o paciente (11, 12) (Figura 17).



Figura 17 - Apósito hidropolímeros. Oclusivo, aderente e acolchoado.

Os filmes transparentes têm como seu principal inconveniente o seu nulo poder de absorção, embora possam estar indicados para úlceras superficiais e com pouco exsudado, assim como apósito secundário.

Os silicones são uma rede de poliamidas impregnadas num gel de silicone que parece favorecer a granulação proporcionando ambiente húmido e as hidrofibras de hidrocolóide transformam-se em gel ao entrar em contacto o exsudado e mantém também o ambiente húmido necessário para a cicatrização da ferida (13, 14).

Outra forma de acelerar o processo de cicatrização e reepitelização e evitar, assim, possíveis infecções, é o uso de substâncias cicatrizantes, indicadas, unicamente, para as últimas fases da cicatrização.

O colagénio é considerado um cicatrizante que favorece processos como a migração, crescimento e proliferação de fibroblastos. Forma pontes de colagénio que ajudam à formação de tecido de granulação (Figura 18).

“Os apósitos bioabsorvíveis de colagénio e celulosa oxidada e regenerada, protegem e estimulam a actividade dos factores de crescimento



Figura 18 - Fase de granulação. Leito avermelhado e limpo.

endógenos, potenciando a sua função e acelerando deste modo o processo de cicatrização. Têm-se apresentado vários estudos prometedores sobre factores de crescimento aplicados de forma tópica. Em particular, o factor de crescimento derivado das plaquetas humanas cuja efectividade tem sido provada clinicamente em úlceras neuropáticas crónicas no pé diabético com excelentes resultados(2)”.

Existe uma grande quantidade de factores de crescimento, no entanto, os mais utilizados no tratamento de úlceras do pé diabético são PDGF (factor de crescimento derivado das plaquetas), EGF (factor de crescimento epidérmico) e FGF (factor de crescimento derivado dos fibroblastos). A laserterapia (laser de CO2), também, é utilizada com êxito no tratamento de úlceras nas extremidades de pessoas diabéticas e nas escaras de pacientes acamados, acelerando a cicatrização, diminuindo a dor e evitando amputações.

Bibliografia

1. Enoch S., Harding K. Wound bed preparation: The science behind the removal of barriers to healing. *Wounds*, 2003; 15(7): 213 – 29.
2. Sibbald, R.G., Williamson D. Orsted, H.L., Campbell, K., Keast, D., Krasner, D., Sibbald, D. Preparing the wound bed-debridement, bacterial balance, and moisture balance. *Ostomy Wound Management*. Nov 2002; 46(11): 14 – 34.



NUESTRAS SILICONAS ESTRELLA

SILICONA PODIABLAND

MEJOR ASPECTO · MAYOR DURABILIDAD
MÁS FACIL DE TRABAJAR · MEJOR CATALIZADO

Nueva fórmula para una silicona de gran éxito. El departamento de desarrollo de Productos Herbitas ha logrado modificar la formulación de esta exitosa silicona, con unos resultados fantásticos. Densidad media, de aprox. 20 A Shore. En efecto ahora es más uniforme, de mejor aspecto, más fácil de trabajar, y sobre todo con mejores resultados. Ortesis fáciles de obtener y con garantías de éxito. No se rompen.

NUEVA
FORMULA
MEJORADA



BLANDA BLANDA



SILICONA PODOLÓGICA EXTRABLANDA

Densidad muy blanda. Ideal para Ortesis Paliativas. Muy fácil de trabajar. No huele. Incluye aceites medicinales. Puede mezclarse con otras siliconas. Dureza Shore Å: 6 a 8. Envase de 500 grs.



Herbitas
Productos Herbitas, S.L.

Alcalde José Ridaura, 27-29 (Pol. Ind. El Molí) · 46134 Foios VALENCIA (Spain) · Tnos.: 96 362 79 00*
Fax: 96362 7905 · E-mail: herbitas@herbitas.com · www.herbitas.com · Parapedidos: 900 712 241

3. Aznar García, M.A.; Martínez Gómez, D.A. Tratamiento local de las heridas del pie diabético. Apósitos y curas. En: Martínez Gómez, D.A. Cuidados del pie Diabético. Un enfoque multidisciplinario. Ed. ARAN S.A. Madrid, 2001:89 – 106.

4. Dolynchuk KN. Debridement. In: Krasner DL., Rodeheaver GT., Sibbald RG. Chronic Wound Care: A clinical source book for healthcare professionals . Third edition 2001. Wayne, P.A. Health Management Publications, Inc.pp. 385 – 390.

5. Bale, S.; Baker N.; Crook H.; Rayman A.; Rayman, G.; Hardinh, KG. Exploring the use of an alginate dressing for diabetic foot ulcers. J Wound Care 2001; 10(3): 81 – 4 (Abstract).

6. International working group on the diabetic foot. International consensus on the diabetic foot. Madrid, 2001: 48 – 54.

7. Lázaro Ochaita, P.; Longo Imedio, I. Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas. Piel 2001; 213 – 219.

8. Varea, S.; Oro, C.; Bronchales, J.; Sapena, M.J.; Povenda, C.; Maranchón, F. et al. Apósitos oclusivos en la curación de úlceras por decúbito. Revista Rol de Enfermería. 1988;124: 39 – 42.

9. Roselló Ruiz, A. Caso clínico sobre la utilización combinada de dos apósitos que favorecen la cura húmeda en el tratamiento de una úlcera diabética de larga evolución. Revista Rol de Enfermería. 1998; 242(Supl.): 9 – 12.

10. García Rey, J.; Magallón Pedrera, I. Apósitos hidrocoloides: tratamiento de heridas mediante cura oclusiva e semioclusiva. Revista rol de Enfermería 1995; 197: 83 – 88.

11. Torra Bou, J.E.; Cortés Borra, A; Manresa Domínguez, J.M. Evaluación experimental “in vitro” de las capacidades de absorción e control del exudado de tres apósitos de cura en ambiente húmedo. Revista Rol de Enfermería 1998; 242(Supl.): 2 – 8.

12. Jurado Hernández, R. Evaluación clínica multicéntrica de un nuevo apósito hidropolimérico. Metas de Enfermería 2002; 46: 12 – 19.

13. García Collado, F.; Salvador Morán, M.J.; Román García, M.J. Tratamiento de las lesiones cutáneas combinado apósitos de hidrofibra e hidrocoloide extrafino. Revista de Enfermería 2002; 25(2): 130 – 134.

14. Legarra Muruzaba, S.; Vidallach Ribes, M.S.; Esteban Gonzalo, M. Evaluación no comparativa de un nuevo apósito de hidrofibra en el tratamiento de las úlceras vasculares. Revista Rol de Enfermería, 1997; 231: 59 – 63.

Dr. Ivo Brochado – Podologista

ivo.brochado@gmail.com

www.ivobrochado.com

- Responsável por várias formações sobre “Pé Diabético” em Centros de Saúde e Hospitais do sul de Portugal;
- Podologista responsável pela abertura da consulta de pé diabético - tratamento e prevenção numa associação de diabéticos no Algarve;
- Estagiário na equipe do Hospital Geral de Santo António, no Serviço de Endocrinologia do Pé Diabético;
- Curso de Cirurgia Ungueal pela Universidade Autónoma de Barcelona – Fundação Universitária de Bages

Visite nosso Shop Virtual
www.shop.mercobeauty.com

Entorse do Tornozelo

Podólogo Jorge Arturo González Leija. México.

Resumo

Entorse do tornozelo é uma patologia aguda muito freqüente no mundo esportivo e no cotidiano, sendo esta tão freqüente é importante que o podólogo tenha ao seu alcance a informação básica de como atender e controlar este tipo de lesão de uma forma precisa utilizando técnicas e tratamentos adequados para a entorse do tornozelo.

Utilizando tratamentos básicos porem efetivos assim como, tratamentos farmacológicos e de reabilitação ajudados sempre de uma avaliação e diagnostico antes de instaurar qualquer tratamento.

Palavras chaves: Torção do tornozelo, Reabilitação tornozelo, Pé

Introdução

O entorse do tornozelo é uma patologia muito freqüente no mundo esportivo e no mundo cotidiano, além de ter uma prevalência ao redor de 45% em esportes de alto risco como o basquetebol, futebol, etc.

E geralmente é o ligamento peroneastragalino (LPAA) o que mais se fere, seguido do ligamento peroneocalcaneo (LPC) e posteriormente ligamento peroneastragalino posterior (LPAP), as torções do tornozelo no geral são do lado externo com uma porcentagem ao redor de 75%, 4% são internos e 16% são sindesmoses e se acredita que 78% das torções ocorreram em um tornozelo lesionado.

As entorses do tornozelo (interno) são gerados por uma inversão forçada (foto 1 Inversão do pé) com uma flexão plantar excessiva sobre passando os limites provocando por sua vez uma hiperextensão dos ligamentos deixando a estes lesionados e podendo classificá-los em 3 estados.

Segundo o grau da lesão

Classificação das entorses do tornozelo

Estagio 1 (leve)

Alongamento dos ligamentos:



Foto 1: Inversão do pé.

Existe uma hiperextensão dos ligamentos com muita pouca ou nula rotura das fibras dos ligamentos, com rápida inflamação e/ou dor, mas geralmente a pessoa pode continuar sem nenhum problema suas atividades diárias ou esportivas. (Afetando principalmente o ligamento peroneostragalino Anterior, LPAA).

Estagio 2 (Moderado)

Rotura parcial dos ligamentos:

Existe já uma rotura parcial dos ligamentos já descritos que provoca dor (moderado), inflamação com edema, com limitação parcial da função e do movimento e o paciente relata dor ao caminhar ou ao apoiar tendo que ser auxiliado para sua deambulação. (Afetando principalmente o ligamento peroneostragalino Anterior, LPAA e os Ligamentos Peroneocalcaneo LPC).

Estagio 3 (Grave)

Rotura total dos ligamentos:

Neste grau já existe uma rotura completa de algum se não dos 3 ligamentos deixando comprometida a deambulação do paciente.

Existe muita dor, muito edema, hemartroses, o paciente não pode apoiar nem deambular e em todos os casos terá que ser auxiliado em maca. (Afetando principalmente os ligamentos per-

oneastragalino Anterior, LPAA e os Ligamentos peroneocalcaneo LPC e o ligamento peroneastragalino posterior).

Alem de estes três graus podemos dizer que existem ao menos outros 2 que são incluídos dentro de esta lesão e que são freqüentes, falamos da instabilidade crônica do tornozelo e da luxação do tornozelo.

Instabilidade crônica do tornozelo (ICT):

Esta é uma patologia freqüente por um mau tratamento do tornozelo e que com leva este problema ademais que será favorecido por fatores intrínsecos (o pé plano, frouxidão ligamentosa, etc.) e os fatores extrínsecos (o mau esquentamento e o calçado inapropriado). Podemos classificar a ICT de forma lateral ou medial e multi-direcional e para detectá-la é importante a realização de provas com o bocejo e caixão.

Luxação do tornozelo:

Sendo esta uma lesão de caráter FORTE é importante dizer que sua imobilização com alguma fêrula, a aplicação de alguma vendagem provisional e a aplicação de gelo alem de uma pronta mobilização para o transporte do paciente pode ajudar muito em este tipo de problemas.

Nota:

Sendo a luxação uma alteração da articulação do

tornozelo e que esta não corresponde a uma torção, podemos dizer que é importante poder dirigir este tipo de paciente e saber atuar para sua pronta derivação a uma área da traumatologia para sua atenção, avaliação e tratamento que seja pertinente para este tipo de casos.

Diagnostico

É importante realizar uma boa historia clinica com uma exploração boa do tornozelo, assim como um interrogatório enfocado em como se produziu a lesão, aonde, que sentiu, pode continuar com a atividade, entre outras.

Tendo este podemos aplicar a Regra de Ottawa (Foto 2 Regra de Ottawa) para descartar se é uma torção e outra coisa. (Utilizando para descartar a utilização da radiografia)

É importante em qualquer caso pedir umas radiografias com as projeções anteroposteriores e laterais do tornozelo para descartar qualquer fratura que simule ou aparenta ser uma simples torção do tornozelo. (Podemos dizer que se fosse uma torção não apareceria nada relevante na radiografia, mas é muito melhor descartar alguma pequena fratura ou fissura da dita articulação)

Quando detectamos uma instabilidade do tornozelo é importante solicitar os estudos baixo stress (inversão ou eversão) para detectar algum bocejo ou em alguns outros casos a utilização do ultra-som ou IRM, que como sabemos o IRM tem

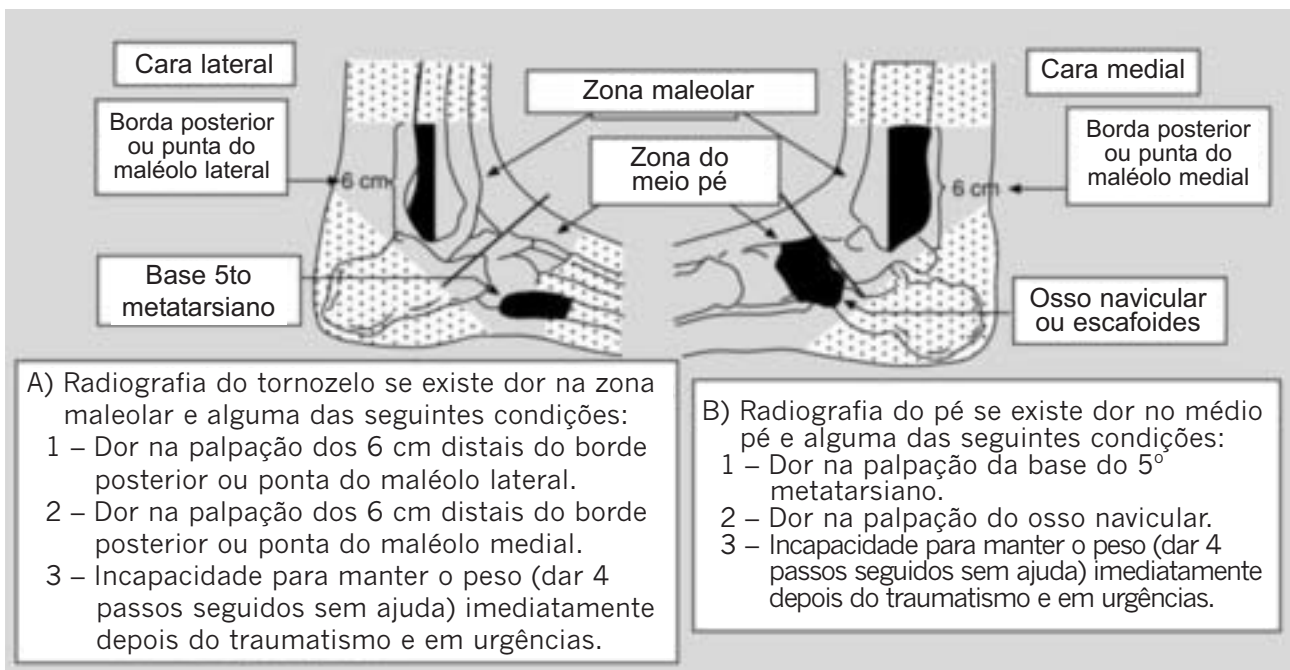


Foto 2 Regra de Ottawa



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.

Gommage 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**

VitaDerm
HIPOALERGÊNICA
Desde 1984

WWW.VITADERM.COM

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE

maior vantagem por sua sensibilidade para as anomalias.

Tratamento

Tratamento Inicial

O tratamento inicial (momento da lesão) e que a resultado efetivo como tratamento definitivo em torções leves será o H.I.C.E.R.

- HI = Hielo (Gelo)
Compressa fria, aplicando-a durante 15min.
- C = Compressão
Vendagem compressiva, de preferência venda elástica.
- E = Elevação
Por cima do coração favorece o retorno venoso
- R = Repouso
Parar as atividades para prevenir uma lesão muito mais forte.

Pode ser utilizado durante as primeiras 72 horas. Sem nenhum tipo de problema.

Ajudando em muitos dos casos a reduzir e evitar o desenvolvimento da torção a um grau maior. E que na maioria dos casos pode ser aplicado em qualquer lugar sem ter efeitos secundários na maioria dos pacientes.

Tratamento farmacológico

Só poderá complementar com algum tratamento farmacológico para a diminuição dos sinais e sintomas da dita patologia.

O tratamento farmacológico adequado dependerá das circunstancias dos pacientes, de suas alergias, contra-indicações com outros medicamentos, tolerância, idade, etc. terá que ser avaliado por um médico para este tratamento. Mas os mais utilizados chegam a ser diclofenaco, paracetamol, ibuprofeno, etofenamato em geral qualquer medicamento da família AINES.

O tempo de uso de algum dos AINES dependerá do tipo de lesão, evolução, estado geral do paciente.

Tratamento Físico (Reabilitação Física)

Neste apartado podemos utilizar muitos aparelhos como são o ultra-som, T.E.N.S, laserter-

apia, crioterapia, termoterapia, aplicação de vendagens hidroterapia e exercícios de fortalecimento ou de propiocepção.

Cada um dos aparelhos tem como finalidade diminuir o estado atual da patologia como por exemplo: Ultra-som, ajudando a diminuir o edema com o efeito que provoca no corpo, T.E.N.S, diminuir a dor, etc.

Nos exercícios podemos ter 2 grupos

1. Exercícios de Fortalecimentos. (isométricos e isotônicos)

Tem como objetivo retomar a força que seja perdida no tornozelo

2. Exercícios Proprioceptivos

Restabelecer o sistema proprioceptivo do tornozelo (é muito utilizada a tabela de Freeman neste tipo de caso) (Foto 3 Tabela Freeman)



Foto 3 Tela Freeman

Devera de ser um programa adequado segundo as características da lesão e do paciente, ademais que devera iniciar de uma forma progressiva e todo momento esta vigiando os possíveis incômodos ao realizar algum exercício em específico já que isto poderia agravar mais a lesão.

Nas vendagens existem diferentes técnicas que podemos aplicar e utilizar segundo o estado atual do paciente.

Vendagem com Tape (Rigido)

A vendagem com tape nos ajudara a inibir o movimento doloroso deixando os demais planos livres, útil em esportistas já que se pode deixar

descansar o ligamento lesionado sem ter que parar 100% suas atividades.

Vendagem Elástica

Utilizando principalmente no início do tratamento, mas que também pode ser utilizado como uma forma de proteção e para que o esportista ou a pessoa possa sentir-se com alguma proteção extra no tornozelo machucado nos primeiros dias ao ser dado de alta.

Vendagem com Kinesiotaping

Podemos utilizar trocando com alguma fêrula ou vendagem com tape, para a diminuição do edema.

Em cada técnica existem diferentes de vendas que deverão ser aplicados pelo pessoal qualificado e ele escolherá a forma de vendagem adequada segundo o caso.

Discussão

É importante que o podólogo saiba e possa controlar estas patologias sem nenhum proble-

ma e em casos maiores saber como atuar e poder derivá-lo a uma área de traumatologia (se assim requerer o paciente) além de poder proporcionar um tratamento adequado, completo e personalizado segundo as características do paciente.

A uma pronta e boa recuperação deste tipo de lesão e evitar complicações que como sabemos será muito mais difícil de levar.

Bibliografia

Moreno de la Fuente, José L. 2006. Podología Física, España, Elsevier

Moreno del a Fuente, José L. 2005. Podología Deportiva, España, Elsevier

Hinrichs, Hans U. 1999. Lesiones Deportivas, España, Segunda Edición, Hispano Europea

Podólogo Jorge Arturo González Leija

Nuevo León, México.

Correo: Jorge.agl@hotmail.com

Página Web: www.podologia.mex.tl

Eventos 2012



Curso de Avaliação e Confecção de Palmilhas
1a fase 14 a 16 Janeiro 2012 Prof. Pdgo. Israel de Toledo

Curso Prático Intensivo de Veracruz
Formação em Serviço 2012 México
VIII CURSO 30 Jan. ao 4 Fev.



SAN ELIAN
CENTRO DE PREVENCIÓN Y
SALVAMENTO DE PIE DIABÉTICO

25 a 27 de Março

**II JORNADA DE PODOLOGIA
DO RIO GRANDE DO NORTE**

Natal
Rio Grande do Norte
Brasil

XII Curso Teórico e Prático de Prevenção e Orientação ao Pé Diabético

Início: 26/03/2012

Informações: (41) 3312 5478
Curitiba - Paraná

PRÓ RENAL
BRASIL
COM VOCÊ, FAZEMOS MAIS PELA VIDA



15 de Abril 2012 - San Isidro - Buenos Aires - Argentina
7ª Jornada de Podologia del Hospital Central de San Isidro
3ª Jornada de Podologia - Los pies sobre la tierra

Mais info, visite www.revistapodologia.com

Osteocondrose do Osso Escafoide: Doença de Kohler

Dr Daniel Wywiorsky. *Australia.*

A osteocondrose define-se como uma alteração óssea que afecta a maturidade do esqueleto, podendo ocorrer em várias partes do corpo.

São exemplos de osteocondroses localizadas no pé, a Doença de Kohler, a Doença de Freiberg e a Doença de Sever.

A osteocondrose do osso navicular ou Doença de Kohler, inicia-se a partir de uma degeneração ou necrose óssea, seguida de recalcificação (Dorland's pocket medical dictionary, 1995, p.96).

No caso da osteocondrose do osso navicular ou escafoide, verifica-se a existência de esclerose e fragmentação do osso, tornando-o eventualmente achatado, em forma de um disco (visível em RX). Com esta alteração, poderá resultar um osso navicular com apresentação da sua morfologia original, ou uma morfologia deformada (Brower, 1983, p.103).

Esta aparência anormal do osso navicular foi pela primeira vez descrita por Alban Kohler em 1908, atribuindo o nome à doença – Doença de Kohler (Stanton, Karlin and Scurran, 1992, p.625; Sinclair, Uhlman, and Zeichner, 1981, p.78).

Esta doença é diagnosticável através de sinais clínicos e radiológicos, ocorrendo em crianças com aproximadamente 4.5 anos de idade, embora o intervalo e a significância de idade exacta seja discutível na literatura.

Idade de início da doença

Speed (1927, p. 179) reporta um intervalo entre 2-10 anos com uma média de 3; Waugh (1958, p.765) reporta uma média de 5 anos; Kiner e Muro (1924, p.1650) reportam um intervalo entre 5-8 anos; enquanto Tachdjian (1972, p.404) refere uma média de 5 anos para o sexo masculino e 4 anos para o sexo feminino.

Karp (1937, p.84), sugere um rácio de ocorrência da doença entre rapazes e raparigas de 6:1 e uma média de idade de 55 meses (ou aproximadamente 4.5 anos de idade).

Normalmente, só um pé é afectado. Os casos bilaterais, representam 15-20% das crianças estudadas (Williams e Cowell, 1981, p.53).



Desenvolvimento do osso navicular

O osso navicular pode ser visualizado em película de RX, entre os 18 aos 24 meses em raparigas, e entre os 30 e os 36 meses em rapazes, o que corresponde ao tempo de desenvolvimento normal do núcleo de ossificação do osso navicular (Stanton, Karlin e Scurran, 1992, p.625; Sinclair, Uhlman, e Zeichner, 1981, p.79).

A morfologia e a densidade do osso navicular estão resolutamente relacionadas com o tempo

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

de início da sua visibilidade na película de RX, um escafoide que se apresenta visível dentro do intervalo de idade normal (mencionado anteriormente), é provável que se evidencie com uma delimitação suave e com uma densidade uniforme.

Esta evidência não se aplica quando o osso navicular se apresenta visível numa fase mais tardia, sendo que o mesmo se exponha com uma delimitação irregular, aumento da densidade e muitas vezes fragmentado ou achatado. O osso navicular que se desenvolve mais tarde, apresenta características compatíveis com a Doença de Kohler (Karp, 1937,p.84; Sinclair, Ulman, e Zeichner, 1981, p.79).

A vascularização do osso navicular é formada por uma densa rede de artérias que atravessam o osso de uma forma circular e radial, ou seja, a partir de uma circunferência em direcção ao centro do osso navicular. Anatomicamente, existem em norma, uma só artéria e veia que são responsáveis pela vascularização do núcleo do osso navicular, enquanto que muitas das outras artérias contribuem parcialmente para a sua vascularização, como uma rede anastemótica (Waugh, 1958,p.765).

O osso navicular ossifica a partir de um único centro de ossificação em aproximadamente 63% dos casos, e a partir de múltiplos centros de ossificação em 37% dos casos. Os ossos naviculares que surgem mais tarde, têm propensão a ossificar a partir de múltiplos núcleos de ossificação.

Como resultado desta sobreposição dos vários centros de ossificação, o osso navicular produz uma falsa percepção de aumento da densidade óssea. Efectivamente, um osso navicular de forma irregular e com uma aparência esclerótica pode surgir num pé perfeitamente assintomático, o que não garante a presença de Doença de Kohler (Ferguson e Gingrich, 1957, p.87).

O osso navicular com múltiplos centros de ossificação torna-se visível em RX muito mais tarde do que um osso navicular com um tempo de desenvolvimento normal. O osso navicular com múltiplos centros de ossificação surge em média aos 39 meses em raparigas e aos 52 meses em rapazes (Stanton, Karlin e Scurran, 1992, p.625).

Em geral, pode-se dizer que a ossificação do osso navicular ocorre mais tardiamente em rapazes do que em raparigas. Anomalias no osso navicular são mais frequentes em naviculares que surgem mais tardiamente, portanto, as irregularidades de ossificação são verificadas com

menor frequência em raparigas do que em rapazes (Stanton, Karlin e Scurran, 1992, p.625).

O que causa a Doença de Kohler?

A causa exacta da Doença de Kohler é ainda desconhecida e sujeita a debate. Os rapazes, parecem estar mais afectados do que as raparigas. Uma história familiar de Doença de Kohler foi demonstrada em alguns casos (aproximadamente 22% dos casos – Sinclair, Uhlman, e Zeichner, 1981, p.79). Outros autores sugerem que a doença possa estar relacionada com X – recessivo (Brown e Shaw, 1973, p.864), enquanto outros autores referem não haver nenhuma conexão familiar (Williams e Cowell, 1957, p.87).

A teoria proposta mais comum relativamente á etiologia da Doença de Kohler, prende-se com aspectos relacionados com traumatismos directos e/ou distúrbios vasculares. Outros factores possivelmente relacionados, incluem alterações da função hipofisária, timo, ou glândulas da tiróide, similares ás lesões ósseas que ocorrem nas epífises, como por exemplo, na Doença de Osgood-Schlatter (cabeça do tubérculo da tíbia), e na Doença de Legg- Calvé-Perthes (cabeça do fémur). A ocorrência da Doença de Kohler, não está relacionada com o tipo de pé, ou seja, todos os tipos de pé são afectados (Sinclair, Uhlman e Zeichner, 1981, p.79; Williams e Cowell, 1957, p.87).

Outras causas, porém menos aceites, incluem: infecções agudas ou factores inflamatórios, desequilíbrios endócrinos, factores nutricionais, sífilis, rickétsias e tuberculose (Sinclair, Uhlman e Zeichner, 1981, p.79).

Distúrbios Vasculares

Em meados de 1920, (Kidner e Muro, 1924, p.1650) sugeria-se que uma infecção idiopática de baixa patogenicidade fosse responsável pela alteração da capacidade de produção do osso navicular, por afectação da artéria responsável pela nutrição do osso navicular (Artéria nutrícia). Esta teoria foi baseada no facto de se pensar que o osso navicular possui-se uma só artéria (Artéria nutrícia), o que na realidade não acontece. Por volta dos cinco anos de idade, o osso navicular tem aproximadamente cinco ou seis artérias que contribuem para a sua vascularização.

Muito raramente, o osso navicular é vascularizado por uma só artéria plantar ou dorsal (Waugh, 1958, p.765). Relacionar uma infecção de baixa patogenicidade à etiologia da Doença de Kohler (Phemister, Brunschwing e Day, 1930,

p.995) foi também refutada por (Waugh, 1958, p.765; Sinclair, Uhlman e Zeichner, 1981, p.79).

Traumatismos

Embora alguns autores referem a etiologia traumática, como uma característica primária da Doença de Kohler (Karp, 1937, p. 84; Kidner e Muro, 1924, p.1650), outros autores referem que não existem provas desta teoria. (Karp, 1937, p.84), contudo, Karp, faz referência a um histórico traumático em 35% de 45 casos estudados.

Factores genéticos

Brown e Shaw (1973, p.864), atribuem à Doença de Kohler uma relação com factores genéticos, provavelmente com o cromossoma X. Brown e Shaw, detectaram uma ligação ao cromossoma X – recessivo numa família em particular (Sinclair, Uhlman e Zeichner, 1981, p.79).

Waugh (1958, p.765), propôs uma teoria que afirma que a partir de um determinado momento, a cartilagem que circunscreve o núcleo do osso navicular, perde a sua habilidade protectora, através de um factor genético pré determinado.

É neste momento, que o núcleo do osso navicular, é sujeito a stress traumático durante os períodos de carga, especialmente, em crianças com excesso de peso. Pensa-se que o desenvolvimento normal do núcleo do osso navicular ocorre entre os 18 meses e os 2 anos em raparigas e entre os 2.5 e os 3 anos em rapazes. (Sinclair, Uhlman e Zeichner, 1981, p.79).

Sintomas e sinais clínicos

Ao avaliar o paciente, geralmente verifica-se uma marcha anti-álgica, (na tentativa de protecção do pé afectado). Em associação, verifica-se eritema, hipersensibilidade, hiperémia e edema em redor do osso navicular, embora este edema não seja uma característica obrigatória.

Encontra-se igualmente presente, um bom movimento articular da articulação sub-astragalina e da articulação de chopart (movimento passivo), sem crepitação concomitante. A sintomatologia mais evidente é a presença de dor, responsável por alertar o paciente para o potencial problema. A dor, é gradual, unilateral e confinada à região do osso navicular (zona medial e dorsal do pé), com variação de níveis da dor, após palpação directa. (Sinclair, Uhlman e Zeichner, 1981, p.79; Stanton, Karlin e Scurran, 1992, p.625; Waugh, 1958, p.765).

A maioria das crianças, não apresenta história de lesão traumática. A doença é auto-limitada,

independentemente do tratamento efectuado, e eventualmente resolve-se por si mesma, por conseguinte, tratamento cirúrgico não está aconselhado (Sinclair, Uhlman e Zeichner, 1981, p.79; Stanton, Karlin e Scurran, 1992, p.626). É importante diferenciar a Doença de Kohler da versão adulta de osteocondrose do osso navicular. Em adultos, o percurso da doença é crónica, conduzindo para uma deformidade progressiva e litíase (formação de cálculos) (Dorland's pocket medical dictionary, 1995, p.462) do osso navicular. A Doença de Kohler também deve ser diferenciada de outras patologias tais como, trauma agudo, estiramentos, tuberculose, sífilis, osteomielite sub aguda e artrite (Sinclair, Uhlman e Zeichner, 1981, p.80).



Examinação radiológica

A Doença de Kohler apresenta duas apresentações radiológicas diferentes:

- A primeira, a considerada mais comum, envolve a presença de uma variedade de vasos no núcleo do osso navicular, conferindo a este osso uma aparência achatada (forma de disco), esclerótica, forma irregular e evidenciando áreas de densidade aumentada (o osso navicular apresenta-se mais branco que o normal). Depois de aproximadamente 24 meses, o osso navicular retorna à sua forma normal, podendo estar ligeiramente mais achatado que o original.

- Na segunda apresentação, o núcleo do osso navicular é atravessado por um único vaso. Nesta apresentação, o núcleo eventualmente desaparece, apresentando um aumento de densidade inicial. A forma e o contorno do osso navicular

são normais, com um aumento geral da densidade do osso. Ocorre reabsorção óssea, com eventual reformação a partir dos múltiplos centros de ossificação (Sinclair, Uhlman e Zeichner, 1981, p.79; Waugh, 1958, p.765)



Tratamento

Como foi mencionado anteriormente, a Doença de Kohler é auto-limitada. Como o prognóstico da doença a longo termo é favorável, ou seja, verifica-se o retorno da aparência radiológica normal do pé (Cafey, 1972, pp.1167-1169; Kidner e Muro, 1924, p.1650; Brown e Shaw, 1973, p.864; Stanton, Karlin e Scurran, p.625; e Brown, 1983, p.103), o tratamento só deve ser administrado quando a patologia apresenta sintomatologia suficientemente exuberante, em que o paciente

manifeste uma marcha anti-álgica e queixas de dor (Sinclair, Uhlman e Zeichner, 1981, p.79-80).

Existe porém, uma diferença no tempo de recuperação do doente, dependendo da modalidade do tratamento usado. Karp (1937, p.84) afirma que pacientes tratados com imobilizações em gesso abaixo do joelho (ambos em carga e em descarga) recuperaram completamente em aproximadamente 3.2 meses; crianças tratadas com outros métodos, sem ser com imobilizações em gesso, recuperaram em 15.2 meses; e crianças que se mantiveram imobilizadas abaixo do joelho num período mínimo de 2 meses recuperaram completamente em 2.5 meses. O tipo de imobilização em gesso (em carga e em descarga) parece não fazer diferença no aliviar dos sintomas.

Tratamentos de modalidades usuais são explicadas por Tachdijan e Papas (1972, p.408) incluem imobilizações em gesso, abaixo do joelho em descarga, seguidas por imobilizações em gesso, abaixo de joelho, em carga entre 3 a 5 semanas com 10 a 20 graus em posição equina. Outros planos de tratamento incluem alívio de pressão do bordo medial do pé; calcanheiras de Thomas; ligaduras; e terapia com calor. (Sinclair, Uhlman e Zeichner, 1981, p.80).

Sumário

A Doença de Kohler é uma osteocondrose do osso navicular, recorrente em crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 5 anos de idade. O sintoma mais evidente é caracterizado por dor no pé, normalmente circundante ao osso navicular, embora seja possível que a dor alcance ossos circundantes assim como também possa irradiar para outras áreas. Exames radiológicos devem ser realizados de maneira a descartar outras patologias. Tem de se ter em conta que esta patologia é essencialmente auto-limitada e independentemente do tratamento a ser seguido, a patologia acabará por desaparecer. O tratamento deve ter ênfase no conforto do paciente e na redução da dor.

Bibliografia

Osteochondrosis. 1995. Dorland's pocket dictionary (25th ed.). W.B. Saunders Company, Sydney. p.96. Brower, A.C., 1983. The osteochondroses. The Orthopaedic Clinics of North America, 14 (1), pp.103-104.

Stanton, B.K., Karlin, J.M. and Scurran, B.L. 1992 Kohler's disease. Journal of the American Podiatric Medical Association, 82 (12), pp.625-629.

Sinclair, G.G., Uhlman, R.E. and Zeichner, A.M. 1981. Osteochondrosis of the tarsal navicular bone: Kohler s disease. Journal of American Podiatric Association, 71 (2), pp.77-80.

Speed, K: 1929. Kohler s disease of tarsal scaphoid. Transcripts of the American Surgical Association, 45, p.179.

Waugh, W. 1958. The ossification and vascularisation of the tarsal navicular and their relation to Kohler s disease. Journal of Bone and Joint Surgery, 40 (B), p.765.

Kidner, F.C. and Muro, F. 1924. Kohler s disease of the tarsal scaphoid, or os naviculare pedis retardatum. Journal of the American Podiatric Medical Association, 83, p.1650.

Tachdjian, M.O. 1972. Pediatric orthopaedics (vol. 1). W.B. Saunders Co, Philadelphia. pp.406-408.

Karp, M.G. 1937. Kohler s disease of the tarsal scaphoid: an end-result study. Journal of Bone and Joint Surgery, 19, p.84.

Williams, G.A. and Cowell, H.R: 1981. Kohler s disease of the tarsal navicular. Clinical

Orthopaedics, 158, p.53.

Ferguson, A.B. and Gingrich, R.M. 1957. The normal and abnormal calcaneal apophysis and tarsal. Clinical Orthopaedics, 10, p.87.

Brown, I.D. and Shaw, D.G. 1973. Multiple osteochondroses of the in West Indian family. Journal of Bone and Joint Surgery, 55 (B), p.864.

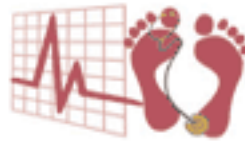
Phemister, D.B, Brunschwing, A. and Day, L. 1930. Streptococcal infection of the epiphyses and short bones. Their relation to Kohler s disease of the tarsal navicular, Legg-Perthes disease and keinbock s disease of the os lunatum. Journal of the American Medical Association, 95, p.995.

Lithiasis. 1995. Dorland s pocket medical dictionary (25th ed). W.B. Saunders Company., Sydney. p.462. Cafey, J. 1972. Pediatric x-ray diagnosis (6th ed). Year Book Medical Publishers, Chicago., pp.1167-1169.

Radiological findings of Osteochondrosis [O n l i n e]
<http://www.health.latrobe.edu.au/Schools/POD/Radiology/osteochondrosis.html>

Eventos 2012

Curso Prático Intensivo de **Veracruz**
Formação em Serviço 2012 **México**
IX CURSO 23 ao 28 Abril



SAN ELIAN
CENTRO DE PREVENCIÓN Y
SALVAMENTO DE PIE DIABÉTICO

TheBeauty

28 a 30 de abril de 2012
Serra Park - Centro de Feiras e Eventos
Gramado - RS - Brasil



8º ENCONTRO DAS ESTRELAS NA PODOLOGIA
6 e 7 de Maio 2012 São Paulo - Brasil

5ª Edição

Look & Hair
PROFESSIONAL NORTE

Cabelos - Unhas - Estética - Maquiagem - Podologia

16 a 18 de Junho 2012 - Belém - PA

Hangar Centro de Convenções

PROFESSIONAL
fair
FEIRA PROFISSIONAL DE BELEZA

16 A 18
JUNHO / 2012

SÁBADO 16. 13 às 20h
DOMINGO 17. 10 às 20h
SEGUNDA 18. 10 às 20h

EXPOMINAS . BELO HORIZONTE . MG

fair
CONGRESSO DE
PODOLOGIA

Exp Hair
& Esthetic

8-9 julho
2012

8ª Feira da Beleza
do Interior Paulista
Ribeirão Preto - SP

Mais info, visite www.revistapodologia.com

Técnica de Onicocriptoses: Basas A-B

Antonio Basas Encinas - DP, Bernardino Basas García - DP, Maria del Carmen Basas García - DP, Antonio Basas García - Lic. Podologia. *Espanha.*

Resumo

Com este artigo, pretendemos dar a conhecer uma nova técnica para solucionar a onicocriptoses, mediante a infiltração de Bleomicina por meio do Dermo-jet. Técnica que temos desenvolvido ao longo dos anos com excelentes resultados e escassos efeitos adversos.

Palavras Chaves

Onicocriptoses, Bleomicina, Dermo-jet.

Introdução

A bleomicina é um antibiótico glucopeptídico constituído por polipeptídios extraídos de cepas do *Streptomyces Verticillius*.

A composição é Sulfato de Bleomicina por vial liofilizado e soro fisiológico em ampola dissolvente.

Indicações: processos neoplásicos, tumorações, papilomas.

Efeitos secundários da Bleomicina: reações hipertérmicas, estomatites, náuseas, vômitos alopecia e reações cutâneas que cedem com a supressão do tratamento.

A toxicidade pulmonar (fibroses pulmonar) tem lugar em 10% dos pacientes tratados com mais de 400 unidades de Bleomicina com doses totais. Esta toxicidade é dose-dependente e aparece com mais frequência em pacientes com mais de 70 anos.

Outro efeito secundário não descrito e que pudemos constatar, é a onicolises, efeito que observamos em alguns pacientes tratados com grandes doses de Bleomicina ou que esta foi aplicada em zonas perto das unhas, situação que nos fez pensar e levar à prática nossa técnica.

Reação idiossincrásica: 1% dos pacientes com linfoma tem apresentado um tipo de reação idiossincrásica similar à de algumas horas, ocorrendo sempre depois da 1ª ou 2ª dose, apresentando hipotensão, confusão mental, febre, calafrios e dispnéia.

Precauções: a bleomicina deve-se usar com precaução em pacientes com mais de 70 anos que tenham diminuída sua função respiratória. A segurança da administração em mulheres grávidas não foi estabelecida. Nos pacientes com lin-

foma não passar de duas unidades nas duas primeiras doses, se não correr reação anafilática, aplicar a dosagem normal.

Contra-indicações: não administrar em pacientes que tenham demonstrado hipersensibilidade ou reação idiossincrásica a bleomicina.

Incompatibilidades: A bleomicina não se deve empregar com aminoácidos, aminofilina, ácido ascórbico, dexametasona, furosemide e riboflavina.

Compatibilidades: com soro fisiológico, soro glicosado e dextrose 5%.

Não foram descrito interações.

Dosagem: a posologia media é de 15 unidades uma ou duas vezes por semana ate uma dose de 300 unidades (isto para processos neoplásicos e tumorais). Em papilomas injetar 0,1 ml em cada lesão. Em onicocriptoses de 0,1 a 0,2 dependendo do pedaço da matriz a eliminar.

Modo de uso: via intramuscular, intravenosa, perfusão endovenosa contínua, intraarterial, locorregional e em infiltrações locais. Para os papilomas via intralesional e intravenosa. Para onicocriptoses, infiltração local.

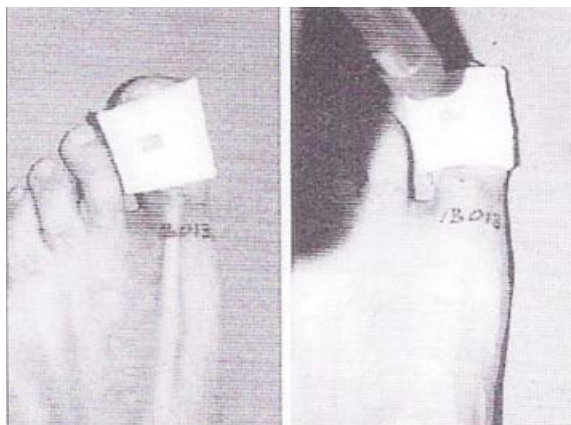
Como podemos observar, as doses utilizadas são ínfimas, e os efeitos secundários são dose-dependente.

Intoxicação e seu tratamento: em caso de reação aguda idiossincrásica se suspenderá a medicação e se prosseguira seu tratamento sintomático com substitutos do plasma de alto peso molecular, agentes vasopressores, anti-histamínicos e corticosteróides.

Condições de conservação: recomenda-se conservar o frasco fechado e em lugar fresco, entre 3 e 8 graus.

Realização da técnica

- Assepsia do dedo.
- Exploração do canal ungueal com uma goiva.
- Extração da espícula encravada com alicate cirúrgico.
- Proteção da zona dorsal da falange distal do dedo com filtro adesivo e com uma brecha na zona da matriz a intervir.



- Um ou dois disparos na zona da matriz a eliminar, dependendo da quantidade da matriz a extirpar, com Dermo-jet carregado de bleomicina.

- Retiramos o filtro e colocamos apócito para aplicar posteriormente povidona iodada e colocação do novo apócito.

Aos quatro dias da intervenção, novo curativo, no que observamos um pequeno abscesso que desbridamos e curamos com pomada antibiótica. O paciente realizara as curas com a mesma pomada durante seis dias, momento no qual realizamos curas secas diárias ate sua total normalização (10-15 dias).

Ao mês mais ou menos observamos uma normalização absoluta, e em muitos casos vemos que o crescimento da unha foi interrompido na zona da matriz infiltrada, não voltando a crescer nessa zona.

Estatísticas

- 193 pacientes tratados.
- 9 Reincidentes.
- 5 dos reincidentes em pacientes com grande granuloma.
- 95,5 de efetividade.
- 4,5 de fracassos.

Conclusão

Consideramos a técnica A-B Basas para a eliminação de onicocriptoses, como um procedimen-

to de resultados satisfatórios e com poucos efeitos adversos, na eliminação de unhas encravadas. Desde o primeiro momento os incômodos desaparecem, a resolução do processo é curto, menos agressivo e menos traumático que outro tipo de intervenção.

Em vista dos resultados, esta técnica não se deve realizar em pacientes com mamelones ou granulomas.

Bernardino Basas Garcia, DP - Espanha
bernabasgar@hotmail.com

Bibliografía

- 1- Bibliografía aportada por Laboratorios Almirall.
- 2- Apuntes personales de Antonio Basas Encinas sobre la Bleomicina.
- 3- La Bleomicina intralesional en el tratamiento de verrugas. Ronald M. Breumer. Saskatoon (Canadá)
- 4- Experiencias en el ttº de verrugas plantares con Bleomicina por medio del Dermo-jet. José Mª Bernadó i Bondia. Centro terapéutico de Barcelona.
- 5- Tratamiento de las verugas con Bleomicina. American Acadamey of Dermatology.
- 6- American Society of Hospital Pharmacists A.S.H.P. "Safe handling of citotoxic drugs" 1986.
- 7- American SOciety of Health. System Pharmacists 2003.
- 8- Verrugas vulgares y Bleomicina. Comunicação de 10 casos. Ramirez O. Med. Cutan. Ibero. Lat. Americana.
- 9- Comisión Central de Salud Laboral. Insalud " Borradores de recomendaciones para la manipulación de medicamentos citotoxicos " Madrid 1995.
- 10- Ministerio de Sanidad y Consumo. " Información de medicamentos para el profesional sanitario " 141 Edición 1992. USP
- 11- Díaz M., Jiménez N. "Aproximación al manejo de medicamentos citostáticos inyectables en hospitales españoles." 1987
- 12- R. Cobos Campos, P Salvador Collado, A. Gómez Gener y Colab. Estabilidad máxima de los medicamentos termolábiles fuera de nevera.
- 13- Blenoxane. Prescribing Information. Mead Jhonson Oncology Products of Bristol. Myers Squibb Company. Abril 1999.
- 14- Bleomicina y anestesia. Revista Esp. De Anestesiología.
- 15- Bleomicina y toxicidad cutánea. Med Clin. 1984. Pedragpsa R., Barrio C. Camp L., Vidal J.
- 16- Fenómeno de Raynaud inducido por Belomicina. Rev. Med. Chilena 1988. Niklander C., Guzman L.
- 17- Tratamiento de los queloides con infiltración intralesional de Bleomicina. Jorge Coronado, Gadwym S., A. Paredes.
- 18- Inyección Intralesional de Bleomicina en el tratamiento de verrugas resistente. Leonardo Sánchez Saldaña. Revista Peruana de Dermatología.
- 19- Actuación de la terapia del papiloma virus humano Terapia con Bleomicina. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. Rev. Cuabana Med 2004.
- 20- Tratamiento del Papiloma con Bleomicina Intralesional. (Podoscopio 3ª Época Vol. I nº 13 p. 3 a 8; 1º Trimestre-2001)

SENHORA, SEU PROBLEMA É
UMA UNHA ENCRAVADA...

BOM, ENTÃO, PARA ESTAR
NA MODA, RESOLVA COM BOTOX



www.revistapodologia.com

Visite nosso Shop Virtual
www.shop.mercobeauty.com

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



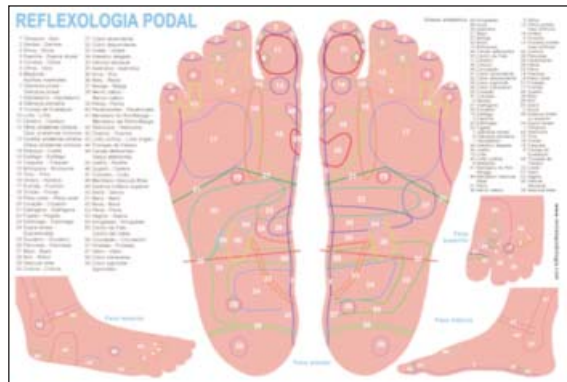
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSSES



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

A venda no nosso Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

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