

revistapodologia .com

Nº 47 - Dezembro 2012



Revista Digital de Podologia

Gratuita - Em Português

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



Mocho
Cód. 15201



Luminária
Cód. 17201



Estufa
Cód. 17600



Cadeira Master
Cód. 13945

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



Armário
Cód. 15401

Rua Independência, 661 - Cambuci - São Paulo - SP - CEP 01524-001
Grande São Paulo (11) 2219 6570 - Demais localidades DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br



FERRANTE
84 anos valorizando o profissional

revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 47
Dezembro 2012

Diretor Geral

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Diretor Científico

Podologo Israel de Toledo
israel@revistapodologia.com

Marketing e Vendas

Alberto J. Grillo
alberto@revistapodologia.com

INDICE

Pag.

- 5 - Cirurgia MIS do Hallux Valgus.
Podologos Eduardo Nieto García, Leonor Ramírez Andrés e Elena Nieto González.
Espanha.
- 18 - Reflexología Podal na Argentina.
Prof. Cristina Mónica Capecchi. **Argentina.**
- 21 - Atuação Podologica Perante Caso com Risco de Amputação.
Podologa Isabel Bertinat. **Argentina.**
- 26 - PodoNews Revistapodologia.com.
- 27 - PodoNews Revistapodologia.com.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 29.

Revistapodologia.com
Mercobeautey 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 illustre 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.



5º

CONGRESSO Brasileiro de PODOLOGIA HairBrasil

7 de abril 2013

Expo Center Norte
São Paulo

**Conheça os novos procedimentos e protocolos
profissionais DO SETOR DE PODOLOGIA**

Faça sua inscrição antecipada pelo site da Hair Brasil
e garanta **desconto promocional**.

www.hairbrasil.com

Realização

HairBrasil
Profissional

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

Apoio Institucional


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


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

Cirurgia MIS do Hallux Valgus

Podólogos Eduardo Nieto García, Leonor Ramírez Andrés e Elena Nieto González. *Espanha.*

INTRODUÇÃO

As Técnicas de Cirurgia de Mínima Incisão tem evoluído através dos tempos, adaptando-se a novos conceitos e tecnologias, oferecendo na atualidade um elevado número de procedimentos que nos permitem solucionar favoravelmente a maioria dos processos patológicos do pé.

Para obter ótimos resultados na cirurgia do ante-pé, não temos que cometer o erro de valorizar o primeiro rádio como um ente autônomo, senão que devemos ter presente a associação dos estados patológicos que se apresentam no resto dos dedos e metatarsianos, bem seja derivados da evolução degenerativa do processo do Hallux Valgus ou por defeito biomecânicos do resto do pé ou por outro tipo de circunstâncias.

No Hallux Valgus, ocorre uma associação de alterações patológicas, que Viladot, o define como a “Síndrome da insuficiência do primeiro rádio”, por isso na hora de fazer uma avaliação cirúrgica do Hallux, devemos saber todos os elementos que formam esta síndrome, tanto intrínsecos do primeiro dedo, como as alterações derivadas desta patologia no resto do ante-pé.

Entre outros autores Barouk Ls, “Insertion dans un concept thérapeutique global”, propõe a atuação global na patologia do ante-pé e não só no Hallux Valgus.

O objetivo da cirurgia MIS, para o Hallux Valgus, é a obtenção da correção de todos os elementos patológicos, e uma boa recuperação da função biomecânica do pé.

Portanto, em muitas ocasiões a recuperação biomecânica do ante-pé nos fará pensar as atuações cirúrgicas em outras estruturas do ante-pé, como são os metatarsianos e dedos.

Partiremos da base de que nenhuma osteotomia por si só é capaz de corrigir todos os parâmetros que ocorrem no Hallux Valgus (Pasa,

Dasa, Ângulo IM, MF, posição dos sesamóides, Longitude do MTT ...), por esse motivo a cirurgia MIS deve ir encaminhada á correção de todos eles, combinando diferentes osteotomias que voltam a restabelecer o equilíbrio de forças e atuando sobre as partes brandas conseguindo assim a correção de todos os elementos que compõem a deformidade.

O Hallux Valgus, é uma das patologias que com mais frequência encontramos em nossas consultas, e é difícil para não dizer impossível, ver duas alterações idênticas, por isso devemos ser conscientes que os procedimentos cirúrgicos não se devem padronizar em sua aplicação já que o resultado que obtemos será o de aumentar as estatísticas de fracassos.

Henri Du Vries, em sua publicação “Surgery of the foot”, 1973, dizia: “... o cirurgião deve estudar cada caso particular de Hallux Valgus, e aplicar um procedimento ou conjunto de procedimentos para esse caso em particular”.

Assim mesmo Kelikian, em seu livro “HV Allied Deformities of the Forefoot”, 1965, afirmava: “... o cirurgião imaginativo não se adere a nenhum procedimento estereotipado”.

Antes de escolher a técnica adequada para cada tipo de Hallux Valgus, devemos analisar o pé como um conjunto e realizar um completo estudo das deformidades estruturais, ângulos radiológicos, alterações posicionais... etc. Sem esquecer que em muitas ocasiões é necessário a aplicação de tratamentos ortopédicos depois dos tratamentos cirúrgicos.

Classificação e escolha da técnica

Tomaremos a seguinte classificação, baseada na posição do metatarsiano, da falange, ângulos radiológicos e estado da cartilagem articular, para poder determinar o grau de gravidade dos Hallux Valgus e poder aplicar a cada caso a técnica mais adequada.

	Hallux Abducto Valgus	Angulo Intermetatarsal	Superfície Articular	Pasa	Dasa	Técnica
HV Leve	5° - 20°	6° - 8°	Congruente	Normal	Aumentado	Exostectomia DL + Akin + Tenotomia Abd.
HV Medio	20° - 40°	8° - 20°	Desviada	Aumentado	Normal	Exostectomia DL + Reverdin Isham + Ten. Ab.
					Aumentado	+ Reverdin Isham + Ten. Abd + Akin
HV Agudo	> 40°	> 20°	Subluxada	Aumentado	Aumentado	Exostectomia DL + Reverdin Isham + Ten. Abd + Akin. + Osteotomia de la base. Outras Técnicas.

Classificação do Hallux Valgus segundo seu grau de gravidade

Em um Hallux Valgus vamos a encontrar uma série de sinais e sintomas que deveremos ter em conta e que são parte das chaves que nos vão fazer escolher o conjunto de procedimentos cirúrgicos, que posteriormente descreveremos.

1 – Hallux Valgus Simples

- 1 – Deformidade sintomática do Hallux Valgus.
- 2 – Exostoses da cara medial – dorsal da cabeça do primeiro metatarsiano.
- 3 – Alcance da mobilidade da primeira articulação metatarso falangica deve ser boa, sem dor nem crepitação nem sinais degenerativos.
- 4 – Ângulo Hallux Abductus Valgus deve estar entre 5° e 20°.
- 5 – Ângulo intermetatarsal em um pé reto deve estar entre 6° e 8°
- 6 – Ângulo da cartilagem articular proximal (PASA) deve ser menor que 7.5°
- 7 – Ângulo da cartilagem articular distal (DASA) deve estar aumentado, maior que 7.5°.
- 8 – Superfície articular congruente
- 9 – Rotação axial nula.

2 – Hallux Valgus Médio

- 1 – Deformidade sintomática do Hallux Valgus.
- 2 – Hiperostoses da cara medial – dorsal da cabeça do primeiro metatarsiano.
- 3 – Alcance da mobilidade da primeira articulação metatarso falangica deve ser bom, sem dor nem crepitação nem sinais degenerativos.
- 4 – Ângulo Hallux Abductus Valgus esta elevado, superando os 40°.
- 5 – Ângulo intermetatarsal superior aos 20°.
- 6 – Ângulo da cartilagem articular proximal (PASA) > 7.5°
- 7 – Ângulo da cartilagem articular distal (DASA) de normal a > 7.5°.
- 8 – Superfície articular congruente ou desviada.
- 9 – Rotação axial leve ou nula.

3 – Hallux Valgus Agudo

- 1 – Deformidade sintomática do Hallux Valgus.
- 2 – Hiperostoses da cara medial – dorsal da cabeça do primeiro metatarsiano.

3 – Alcance da mobilidade da primeira articulação metatarso falangica sole estar alterado, com sintomas dolorosos e sole acompanhar dois sinais degenerativos.

4 – Ângulo Hallux Abductus Valgus do leve (5° - 20°) ao moderado (20° - 40°).

5 – Ângulo intermetatarsal em um pé reto, inferior a 20° e em um pé abduzido, inferior a 16° .

6 – Ângulo da cartilagem articular proximal (PASA) $> 7.5^{\circ}$.

7 – Ângulo da cartilagem articular distal (DASA) $> 7.5^{\circ}$.

8 – Superfície articular subluxada.

9 – Rotação axial aumentada.

Os dados analisadas ate agora, unidos á idade do paciente, seu estado geral e qualidade óssea, vão nos proporcionar uma aproximação bastante certa na escolha da técnica.

Mas não devemos esquecer que o pé, além de ser uma unidade estrutural, se comporta como uma unidade funcional, portanto, devemos analisar as modificações que possam desencadear estas alterações na estática e dinâmica do paciente.

Utilizaremos para este fim as imagens podoscópicas, a análise de distribuição de pressão, assim como o comportamento do pé nas diferentes fases da caminhada, mediante registros informatizados da mesma.

O conjunto de todas estas provas realizadas nos dará informação suficiente para programar as técnicas a empregar, e se devemos aplicar algum outro gesto cirúrgico em outras estruturas para conseguir o melhor funcionamento biomecânico depois da intervenção.

Por sua vez o registro de todos estes parâmetros nos permitirá uma avaliação pós-operatória dos resultados obtidos a curto, médio e longo prazo.

Escolha da Técnica do Hallux Valgus segundo seu grau de gravidade

Uma vez determinado o grau de gravidade do Hallux Valgus procederemos para aplicar os procedimentos cirúrgicos seguindo a ordem que descrevemos.

1 – Hallux Valgus Simples

1.1 – Exostectomia Dorso Lateral.

1.2 – Tenotomia Abdutor.

1.3 – Akin.

2 – Hallux Valgus Medio

2.1 – Exostectomia Dorso Lateral.

2.2 – Reverdin – Isham

2.3 – Tekotomia Abdutor.

2.4 – Akin.

3 – Hallux Valgus Agudo

3.1 – Exostectomia Dorso Lateral.

3.2 – Reverdin – Isham

3.3 – Tekotomia Abdutor.

3.4 – Akin.

3.5 – Osteotomia de base.

Instrumental

Antes de começar com a descrição das técnicas, é necessário conhecer o instrumental que se utiliza para a correta execução da Cirurgia MIS. Ao realizar técnicas fechadas, o material cirúrgico que se utiliza está especialmente desenhado para poder trabalhar com precisão e evitar traumatizar outras estruturas.

Cada instrumento tem seu fim cirúrgico e sua utilização será para o que foi desenhado.

1 – Bisturi Beaver 64 e 64 MIS:

Desenhados para este tipo de cirurgia, sua precisa e reduzida superfície de corte (64 de 2 mm, 64 mis de 1 mm), faz com que seja o elemento adequado para realizar as incisões, tenotomias, capsulectomias, etc..., através de incisões mínimas.



2 – Elevador de Freer. Elevador de Sebilleau:

São dois instrumentos de superfície sem corte necessários para a dissecação atraumática e o descolamento das exostoses.



3 – Fresa Shannon 44:

Fresa da corte para realizar as osteotomias, utiliza-se com um movimento dorso - plantar.

4 – Fresa Wedga: Fresa que por seu tamanho e



IX Encontro das Estrelas na Podologia

Nos dias 05 e 06 de maio de 2013

100% de Podologia Brasileira

As Estrelas da Podologia brasileira vão brilhar em São Paulo

**Centro de Convenção DAN INN HOTEL - Planalto
Av. Cásper Libero, 115 - Centro de São Paulo - Brasil**

**Realização: Orlando Madella Jr Podologia ME
Informações: www.podologiabr.com**



este corte é ideal para eliminar a capa cortical mais dura e para aumentar a cunha das osteotomias.

5 – Fresa Brophy: Utiliza-se para o desbastado das exostoses, por seu especial desenho helicoidal expulsa com facilidade os detritos ósseos.

6 – Motor e peça de mão: Recomenda-se a utilização de

um motor com redutor para poder conseguir um eficaz trabalho com baixos rpm sem perder potencia.

7 – Fluoroscopia: Aparelho de Rx de baixa radiação, que nos permite visualizar em qualquer projeção, o desenvolvimento das técnicas que estamos realizando, assim como a localização e comprovação das osteotomias e sua efetividade correta.



Técnicas MIS para a correção do Hallux Valgus

1 – Exosteotomia dorso-lateral

Com o Bisturi Beaver, folha Nº 64, realizamos uma incisão de 0.4 cm. Na cara plantar medial da cabeça do primeiro metatarsiano. Com um elevador Freer realizamos uma dissecação traumática até chegar à cápsula, seguidamente fazemos uma incisão na cápsula sendo a projeção da



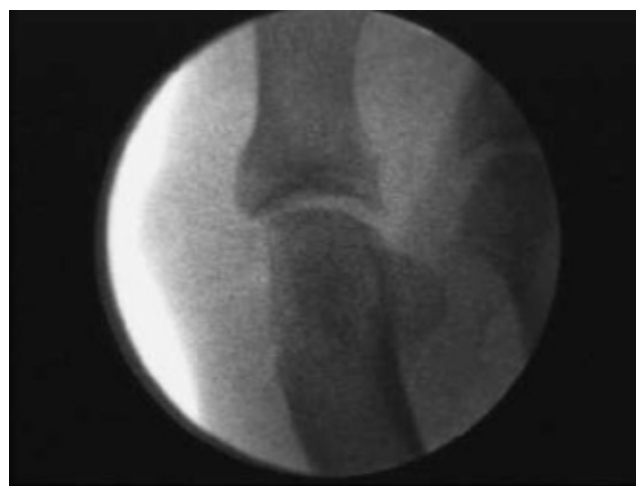
realizada na pele. Introduzimos o elevador Sebilleau e com movimentos do distal a proximal (movimento do limpa vidro) liberamos a cápsula da cara medial dorsal da cabeça do primeiro metatarsiano.

Uma vez liberada a exostose, procedemos ao progressivo fresado da mesma, para o qual utilizaremos uma fresa Shannon 44 realizando movimentos do distal ao proximal conseguindo espaço suficiente para introduzir a fresa Wedge com a que fresaremos a cortical e seguidamente introduziremos a fresa Brophy realizando movimentos da dorsal a plantar, a especial configuração helicoidal desta fresa favorece a saída dos detritos ósseos ao exterior, e nos permite realizar com facilidade o completo fresado da exostose. Com o fluoroscopia comprovaremos o resultado da exostectomia dorso lateral.



Procede-se à limpeza dos restos da pasta óssea que tenham conseguido ficar dentro, utilizando uma lima de Lewis que modificamos, tirando-lhe dentes e os cortes laterais, para não danificar a incisão.

Volta-se a fazer um controle com o fluoroscopia para comprovar que não ficou nenhum resto.



2 – Reverdin - Isham

Com o primeiro e segundo dedo de nossa mão, localizamos a prominência dorsal da cabeça do primeiro metatarsiano e o sesamoide tibial, o que nos indica a inclinação da osteotomia, introduzimos pela incisão por onde temos realizado a exostectomia, uma fresa Shannon 44, a colocamos na posição adequada e realizamos uma cunha angular medial distal dorsal a plantar proximal respeitando a cortical lateral, a superfície articular do sesamoide peroneal e a superfície articular dorsal; uma vez realizada comprovamos com o fluoroscópio a osteotomia e giramos o primeiro dedo em adução para comprimir e fechar a osteotomia.

Se for preciso eliminamos as estruturas restantes da parte lateral da cabeça metatarsal.



3 – Tenotomia do abdutor

Com um bisturi Beaver 64, realizamos uma incisão dorsal de uns 2 mm na parte interna da base da falange; com o primeiro e segundo dedo de nossa mão deslocamos o dedo a medial e



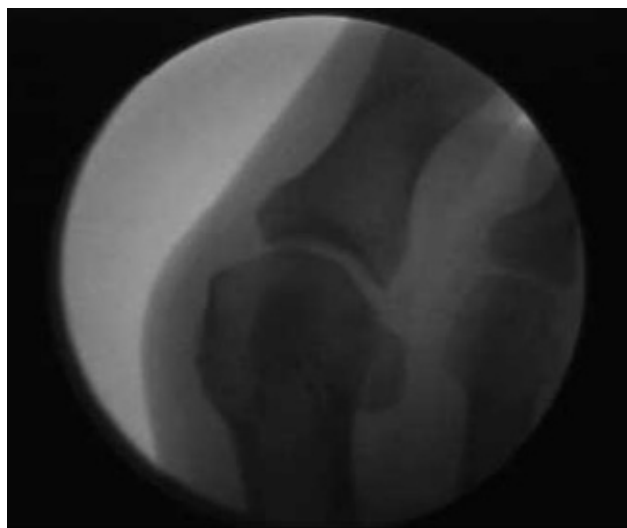
aprofundamos a incisão.

Com a parte não cortante do bisturi fazemos um movimento no sentido proximal comprovando se o dedo se move lateralmente; se é assim, giramos o bisturi um quarto para segundo dedo e procedemos a realizar a tenotomia do abdutor.

Seguidamente giramos o bisturi para medial e tirando ligeiramente do dedo para distal e realizamos a capsulectomia parcial.

4 - Akin modificado

Realizamos uma incisão de 0.3 cm., horizontal medial dorsal aproximadamente a um centímetro da linha articular; introduzimos uma fresa Shannon 44 e realizamos uma osteotomia em cunha do medial ao lateral. É importante conservar a cortical interna, realizando uma osteotomia em talo verde já que será um importante meio de fixação e nos servira para poder fechá-la sem que se produza deslocamento.



Rx pré-operatorio

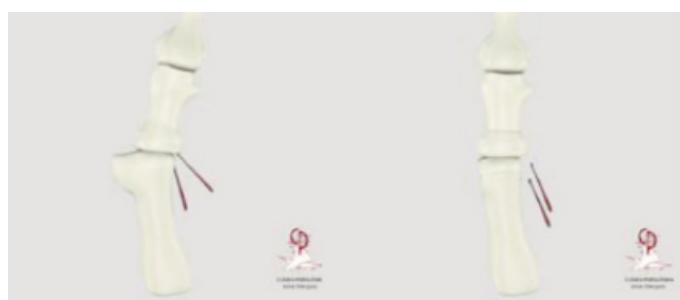


Rx pós-operatorio

Em algumas ocasiões se realiza duas técnicas complementares

- 1 – Tenotomia distal do extensor.
- 2 – Exostectomia lateral da base da falange.

Para poder ter uma idéia mais clara dos gestos cirúrgicos, criamos uma animação em três dimensões, o que nos permite esclarecer conceitos como localização, posição, etc. Dado que neste texto não podemos reproduzir a citada animação, expomos alguma sequência que nos servira como guia.



5 – Osteotomia da Base

As correções distais e de partes brandas, que até agora temos explicado, produzem uma melhora no ângulo intermetatarsal da 5ª de media; esta correção é suficiente quando nos encontramos estados patológicos intermetatarsais superiores a 20°.

Poderíamos melhorar a distancia do 1 e 2 metatarsiano e que por sua vez uma maior normalidade do ângulo Pasa, com osteotomias capi-

tais completas (Wilson, Reverdin-Isham completa...) conseguindo por cada milímetros que migremos a cabeça para o interior um grau de correção.

Este gesto cirúrgico segue sem melhorar o ângulo intermetatarsal, pelo que ante estas situações devemos plantar uma correção desde a base do metatarsiano.



BIOS

Bios Therapy II

A Bios Indústria e Comércio lança no Brasil o **Bios Therapy II**, um equipamento que atende a todas as normas brasileiras e que, além de completo, vem sendo utilizado em inúmeras pesquisas científicas em diversas universidades no país.

Bios Therapy II, segurança e confiança para a Podologia.



Emissor de Luz 630nm com 300mW de potência. Garante praticidade no uso e bateria com autonomia de 2 horas.



Rod. Pres. Dutra, km 138 - Sala 11 - CECOMPI
Núcleo do Parque Tecnológico - Eugênio de Melo
São José dos Campos - SP
www.biosind.com.br - adm@biosind.com.br
Tel.: (12) 3876-7713

Indicações:

- Terapia Fotodinâmica (PDT) em onicomicoses
- Controle Microbiológico
- Tendinites
- Pé Diabético
- Tratamento de Úlceras
- Fascite Plantar
- Dores Articulares

Buscamos como ponto de referencia a articulação do primeiro metatarsiano com a primeira cunha.

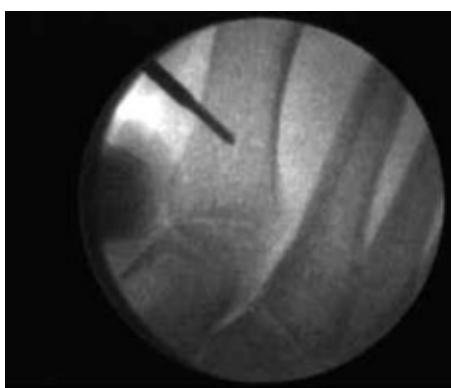


Realiza-se uma incisão de 2 mm, aprofundando até a cortical dorsal do primeiro metatarsiano, 1cm da articulação cuneometatarsal.



Introduzimos uma fresa Shannon 44 longa, até contactar com a cortical dorsal.

Fazemos um controle fluoroscópico para comprovar a situação, e desde essa posição se realiza um buraco piloto de Dorsal – Plantar e Distal a Proximal.



Seguidamente executaremos a osteotomia da base em dois tempos.

1º - Desde a posição de início e com movimentos de corte (da dorsal a plantar) projetaremos a osteotomia desde o centro do metatarsiano para a lateral.

Dado que o tamanho de corte da fresa é menor que a grossura do metatarsiano a osteotomia a executaremos cortando em primeiro lugar a cortical plantar e posteriormente a dorsal até alcançar a cortical lateral do metatarsiano.

O controle desta osteotomia o conseguimos trocando de direção da parte de trás do motor, para medial e seguidamente para a lateral.

Uma vez realizada a osteotomia lateral que será paralela à articulação do metatarsiano com a 1ª cunha, executa-se a 2ª osteotomia.

2º - Voltaremos a recolocar a fresa no buraco piloto e desde esta posição realizamos o corte para o medial, com direção para distal. Obtendo uma osteotomia em forma de L.

O controle com o fluoroscópio, e a pressão exercida pela mão passiva vão nos permitir visua-





lizar e sentir o fechamento da osteotomia, conservando desta maneira a maior quantidade possível de cortical, conseguindo realizar uma osteotomia em galho verde, estável e muito resistente e sem que frature a cortical medial do metatarsiano.

É importante para não perder os pontos de referencia, não trocar a posição do pé durante toda a execução da técnica e visualizar com o fluoroscopia constantemente a efetividade da técnica.

Bandagens

A realização da osteotomias no talo verde, seu desenho e localização, junto com a contração das estruturas dos tecidos brandos, chamada pelo Dr. Isham, “fixação intrínseca”, fazem que a correção seja muito estável e que não precisem de nenhum elemento fixador interno. Contudo é de transcendental importância manter e estabilizar as osteotomias executadas em uma posição adequada.

Utilizaremos para tal fim as bandagens externas, realizadas com tiras adesivas, cujo fim será criar uns novos vetores de forças que manterão as cunhas fechadas e não deixarão que se produzam deslocamentos no caso que se tenham realizado osteotomias completas.

Uma vez realizada a fixação com as bandagens e comprovado com o fluoroscopia que as correções cirúrgicas são as adequadas, os mantere-

mos ate que se tenha produzido a consolidação óssea, trocando-os com uma periodicidade semanal.

O elemento complementário para que o paciente possa realizar uma deambulação imediata será o sapato pós-cirúrgico que, por seu especial desenho e estrutura, ajudara as fixações externas para que o pé suporte o peso do paciente.

Precauções

As osteotomias devem-se fazer no talo verde, respeitando as corticais internas, para que ao realizar os movimentos de fechamento não tenha deslocamento dos fragmentos, isto é de especial importância na técnica de Akin, ainda que se esta situação se produza se poderia corrigir e fixar com as bandagens.

Na técnica Reverdin – Isham não tem tanta importância, ademais em algumas ocasiões, o que pretendemos é poder obter uma migração da cabeça para o 2º metatarsiano, para o qual realizamos uma osteotomia completa.

Outro aspecto que consideramos a ter em conta é que a hora de fazer um corte ósseo devemos trabalhar a baixas rotações, para não elevar a temperatura das fresas.

Sabemos que a 50º centigrados se produz as necroses osteotermicas e que uma fresa a 250 rpm gera uma temperatura de 38º C. a 2000 rpm alcança os 65º, o que provocaria uma necroses no lugar da osteotomia com os seguintes problemas na consolidação da mesma, como conclu-



são, a distancia de segurança de rotações por minuto que devemos utilizar estará entre 250 – 500 rpm.

Vantagens

O conjunto de procedimentos cirúrgicos que empregamos na cirurgia MIS para a correção do Hallux Valgus nos proporcionara uma serie de vantagens sobre outras técnicas descritas, sendo as mais significativas:

1 – Tamanho das vias de acesso

Qualquer osteotomia capital que se realiza com técnicas abertas precisa provocar uma maior dissecação periarticular e agressão cirúrgica da cápsula para a exposição do campo operatório; unido à tensão que se gera na plicatura da cápsula ao realizar o fechamento por planos, fazem que o tempo de recuperação destas estruturas seja prolongado e aumenta o risco de que apareça complicações residuais não desejadas como:

- Necroses avascular da cabeça do primeiro metatarsiano.
- Pseudoartroses da osteotomia.
- Limitação da mobilidade com rigidez articular.
- Infecção.

Pelo contrario, a cirurgia MIS, utiliza vias de entrada menores, podendo entrar à cabeça do metatarsiano sem danificar a cápsula, os tecidos periarticulares, nem as estruturas nervosas e vasculares, conseguindo desta maneira minimizar os riscos e complicações pós-operatórias, obtendo uma deambulação precoce e uma recuperação funcional breve.

2 – Modificação na execução da Osteotomia de Reverdin

A técnica proposta em 1985, pelo Dr. Stephen A Isham, em sua publicação, “Reverdin-Isham Procedure for the Correction of Hallux Abducto Valgus”, troca a angulação da osteotomia descrita por Reverdin, executando-a com uma maior angulação, da Dorsal Distal ate Plantar Proximal e por trás dos sesamóides.

Com este novo desenho da osteotomia consegue-se recolocar a superfície articular, corrigir o Pasa, re-dirigir e estabilizar as forças estruturais da cabeça do metatarsiano e da primeira falange.

Assim mesmo, a consolidação desta correção capital, não provocara fricção com o pacote sesamoidal, na deambulação, evitando as sesamoidi-

tes pós-cirúrgicas que se observavam com a técnica do Reverdin.

3 – Compensação do efeito de transferências

Quando executamos uma osteotomia, vamos provocar um encurtamento mínimo de 2 milímetros, pelo tamanho do corte da fresa, sendo superior quando precisamos aumentar o tamanho da cunha corretora.

Esta circunstancia unida a que em muitas ocasiões existe encurtamento no primeiro metatarsiano, vai fazer que a distribuição das pressões na fase de apoio e da decolagem da caminhada se desloque para os metatarsianos vizinhos; o que supõe uma sobre carga dos mesmos, ainda que não tenha sintomatologia aparente.

A osteotomia Reverdin – Isham tende a compensar o efeito de transferência devido a seu desenho angulado oblíquo, de cima para baixo e da dorsal distal a plantar proximal.

Desta maneira se consegue frear o deslocamento para dorsal do fragmento distal e se provoca um descenso da cabeça do primeiro metatarsiano devido a que na deambulação se realiza uma pressão que empurra a superfície dorsal da osteotomia para plantar, projetando a cabeça em uma posição mais plantar-flexionada e obtendo-se uma melhor distribuição das pressões com respeito aos demais metatarsianos.

Não o bastante, se o encurtamento do primeiro metatarsiano é superior a 10 mm. Devemos plantar o atuar cirurgicamente no resto dos metatarsianos, realizando osteotomias de descompressão, e um tratamento ortopodológico pós-cirúrgico preventivo.

4 – Multitécnicas

Ao executar os procedimentos com cirurgia MIS e minimizar o dano cirúrgico, nos permite utilizar simultaneamente outras técnicas para corrigir a posição dos metatarsianos e desalinhações dos dedos.

5 – Outras vantagens

Corrigem-se dois planos da deformidade estrutural, melhora-se a posição dos sesamóides e se consegue uma redução media do ângulo intermetatarsal do 7º.

Inconvenientes

1 – A padronização das técnicas sem levar em

conta o grau de gravidade do Hallux Valgus, aumentara o numero de fracassos.

2 – A excessiva agressividade cirúrgica sobre tecidos brandos e partes ósseas, nos provocara processos inflamatórios pós-operatórios de maior duração.

3 – Qualquer osteotomia mal desenhada ou mal executada poderia produzir um atraso de ossificação ou uma não união.

4 – Se a execução e consolidação da osteotomia Reverdin – Isham não é boa pode aparecer um encurtamento do primeiro metatarsiano aumentando a porcentagem de transferências.

5 – Com as osteotomias capitais, não conseguimos corrigir no Hallux Valgus a deformidade do plano sagital.

6 – Se ao realizar o Akin se produz uma osteotomia completa com deslocamento dos fragmentos, o fechamento da segunda osteotomia realiza-se com mais dificuldade.

7 – A possibilidade de uma fratura completa da osteotomia da base pode provocar um deslocamento de fragmentos não conseguindo o objetivo corretor.

Conclusões

1 – O conjunto de técnicas da cirurgia de Mínima Incisão para a correção do Hallux Valgus, deve ser considerado como um método eficaz dentro da pratica cirúrgica podologica.

2 – A cirurgia do primeiro radio não se deve isolar, avaliando a necessidade corretora do resto das patologias que apareçam no pé.

3 – Não se devem padronizar as aplicações das técnicas, cada patologia requer um tratamento diferente.

4 – Em muitas ocasiões os problemas não são das técnicas, senão de sua aplicação, da destreza com que se executam e dos meios com que se conta.

5 – A aparente simplicidade das técnicas, não deve nos fazer esquecer que se requer uma linha de aprendizagem lenta para conseguir resultados ótimos. ▣

Eduardo Nieto García.

Podólogo. Miembro AEMIS y AECP. Profesor de la AAFAS.

Leonor Ramírez Andrés.

Podólogo. Miembro de AEMIS y AECP. Fellow de la AAFAS.

Elena Nieto González.

Podólogo. Miembro de AEMIS.

Bibliografía

- Método Reverdin - Isham para la corrección del HAV Dr.Stephen A. Isham. Academy of Ambulatory Foot & Ankle Surgery.
- Dr. Stephen A. Isham. Apuntes Annual LSU Cadaver Seminary 2002.
- Bycure Blair M. Bycure on Mínima Incisión.
- Influencia de la Angulación MTT - Falángica en la OTV. Hervas T. Revista de Podología Vol II, nº 4; 1991.
- Yatrogenias, Trat quirúrgico por Mínima Incisión; J. Aguilar,2001.
- Nieto García, E. Cirugía MIS del Hallux Valgo Medio. Revista Española de Podología 2003; XIV (2): 86-91.
- Nieto García, E. Técnicas de Mínima Incisión. Ed. Mileto. Madrid. 2004.
- Tratamiento quirúrgico de pie y tobillo, Armen S. Kelikian, 1999.
- Viladot. Patología del Antepié. Ed. Roray. 1984.
- Minimal Incision Surgery in podiatry. Ed. By J.B. Gorman. 1983
- Muñoz Piqueras, F. Técnicas de Mínima Incisión. Ed. Mileto. Madrid. 2004.
- De Prado, M.; Ripoll, P.; Cirugía Percutánea del Pie, Ed. Masson, 2003. Barcelona.
- De Prado, M. y cols. Tratamiento quirúrgico percutáneo del HV mediante osteotomías múltiples. Rev. Ortop y Traumat, 2003; 47 – 06, p 406 – 416.
- Galaz Lopez R.E., Técnicas de Mínima Incisión. Ed. Mileto. Madrid. 2004.
- Barouk LS, Nouvelles ostéotomies de l'avant pied. Insertion dans un concept thérapeutique global. Cahier d'enseignement de la Sofcot 1996.

www.revistapodologia.com
Links Cursos e Eventos



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: 963627905 · E-mail: herbitas@herbitas.com · www.herbitas.com · Parapedidos: 900712241

Reflexología Podal na Argentina

Prof. Podologa Cristina Mónica Capecchi. Argentina.

Viver a reflexología

“As mãos ... a continuidade ... os veículos da mente-coração ...”

(de respirando Cem Dias de Cristina Capecchi)

A sessão de Reflexologia Podal Científica Integral é uma fonte de bem-estar completa, que faz bem tanto a quem a recebe como a quem a pratica.

Sua metodologia contempla não só a capacitação na área do serviço, pelas competências, habilidades e destrezas que se devem obter para levar a cabo com eficiência as sessões, senão também pela preparação adequada do terapeuta, quem desde sua formação deve começar um treinamento para a aquisição de hábitos saudáveis, sem os quais seria difícil a continuidade de seu trabalho, entendendo que o principal instrumento de execução das técnicas (em unidade com sua mente e suas emoções) é seu próprio corpo físico.

A prática habitual de técnicas corporais terapêuticas por sua parte constituem um caminho para facilitar a harmonia:

“o compromisso de fazer ou não, em harmonia com o que se pensa e se sente”(1).

A harmonia é requisito fundamental para a interpretação dos sinais que fazem presentes durante as diferentes etapas da sessão e que permitirão sustentar a atuação profissional.

Mas, para poder chegar a interpretar, primeiro tem que “registrar” dar-se conta, tomar consciência, compreender, e não a nível conceitual, dado que essa incorporação tem lugar durante a formação, na etapa da aquisição dos conhecimentos pertinentes (2), senão desde o próprio corpo:

“um corpo pode interpretar o outro se sabe como fazê-lo, e isto é possível unicamente se se conhece a linguagem”(3).

No campo da comunicação humana, as chaves trocadas não emanam somente da voz, a fala e o contexto imediato, senão também através do

corpo, seus movimentos ou não, seus gestos e posturas.

É impossível não comunicar. Toda conduta em uma situação de interação tem valor de mensagem e toda comunicação implica um compromisso (4).

Todos os sentidos estão abertos, mas só as mãos são as que em definitiva se contactam com os pés do paciente: “...as mãos do profissional, lubrificadas suficientemente, tocam eles, conhecendo-se e reconhecendo, estabelecendo um vínculo que facilita a fluidez dos movimentos e o ritmo das manobras que tem lugar de maneira ordenada e sistemática para proporcionar o aumento da disponibilidade corporal e induzir ao relaxamento...”

Então, é necessário brindar-lhe às mãos suficiente atenção e dedicação previa ao encontro com o paciente, o que poderia igualar-se ao atleta que faz aquecimento antes do evento esportivo e a preparação do músico quando afina seu instrumento antes do concerto enquanto realiza escalas e arpejos para estar em sintonia, mas, que mais para lá do evento para “mostrar” seu trabalho, cada dia e com humildade infinita, pratica para conservar e porque não, até às vezes incrementar seus talentos.

Em cada encontro se dão passos firmes sobre um terreno seguro, mas isso não implica que possam pressupor-se os detalhes dos acontecimentos.

As mãos são receptoras das sutis mensagens que emana dos pés dos pacientes, que às vezes imploram somente ser “escutados” e outras gritam sem voz pelas escuras fendas das couraças criadas pela proteção, colocadas umas sobre outras desde tempos pretéritos, já agonizando ou talvez, esperando renascer...

São portadoras de ancestrais carícias sabias, que em um instante único e irrepetível, intimam e, mais para lá de uma palavra ou um gesto, recorrem esse instante de vida e acompanham ao paciente ao tão esperado o temido, encontro com ele mesmo...

A atenção e abertura da terapeuta permitirão reconhecer os indícios atuando desde os pés consequentemente com cada um dos aparelhos e sistemas, sem fazer devoluções no plano psicológico nem de outra índole, mas sem impedimento de sugerir (ao final da sessão) uma visita ao profissional médico para efetuar controles a nível clínico ou de alguma especialidade que fora necessária.

Em sínteses: cada um dos movimentos que compõem as técnicas da Reflexologia devem poder levar-se a cabo com fundamento e realizar-se com segurança e naturalidade; nele radica a importância da capacitação integral do profissional nesta disciplina pertencentes às ciências da saúde. Mas, para isso o primeiro que deve ser tratado pela reflexologia é o próprio profissional que a realiza: aprendendo a permanecer na cama, a estar disponível pela sessão, a apreciar como estão chegando a seus pés, a valorizar o ambiente preparado para sua chegada e permanência...

Em fim: aprendendo a “receber” Reflexologia.

Para falar dela e praticá-la e necessário...

“Viver” a reflexologia. ▣

Prof. Podologa Cristina Mónica Capecchi

e

Prof. César Adrián Zandrón

Adjuntos de Anatomía y Fisiología

Escuela de Estudios Orientales

de la Universidad del Salvador, Argentina.

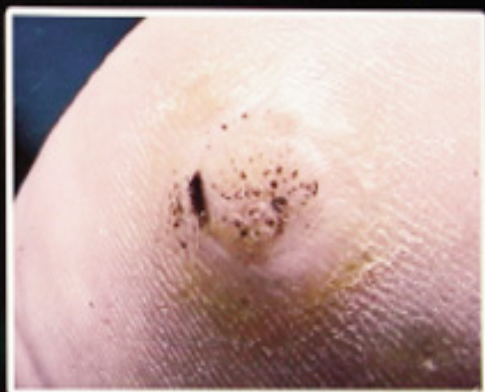
elbuenchi@gmail.com

(1 y 3). De “Respirando Cien días” de Cristina Capecchi.

(2). “Principios de la Reflexología Científica Integral”, Prof. César Adrián Zandrón. Cazdelco.

(4). Axiomas de la Comunicación. Paul Watzlawick.

Verrugas viróticas da região do pé



Podología

DVD

Podólogo
Carlos Alberto Banegas



Autor Podologo

Carlos Alberto Banegas

Conteúdo do DVD:

- Virus e bacterias.
- Diferenças entre virus e bacterias.
- Bacterias e o que elas causam.
- Virus e o que eles causam.
- Tipos de virus, classificação e forma de transmissão.
- Formas de prevenir virus.
- O que são verrugas.
- Como diagnosticar os tipos de verrugas e
- 8 Casos passo a passo de verrugas e como tratar-las !!!

Duração: 1 hora - Em português

A venda no nosso Shop Virtual www.shop.mercobeauty.com

GNATUS PODOLOGIA

Siga os passos da **evolução**

Um pé na inovação e
o outro na tecnologia.

Reconhecida mundialmente no ramo da saúde, a Gnatus, marca 100% brasileira, agora traz toda a sua tecnologia para um novo segmento e apresenta a sua revolucionária linha de podologia. São consultórios e equipamentos que garantem pleno conforto e bem-estar para seus pacientes, otimizando seu trabalho e agregando cada vez mais valor à sua clínica.

Com a Gnatus Podologia, você dá um salto em qualidade e ainda mantém os pés na evolução e na tecnologia.



Consultório
Gradus
Comfort

Consultórios
em **10x**
sem juros!

- Tela multimídia
- Encosto de cabeça articulável
- Massageadores no acento e no encosto acionados eletronicamente
- 2 braços escamoteáveis



Micromotor elétrico
Celeritá

Design ergonômico
Leveza e praticidade com
facilidade de locomoção
Fácil manuseio
Biossegurança

Conheça também a linha de Biossegurança Gnatus.
Qualidade e segurança a favor da saúde.



Vendedoras Autorizadas GNATUS

Norte, Nordeste, Centro Oeste e Distrito Federal: Ilza Pereira
Fone: 16 2102 5055 | E-mail: ilza.pereira@gnatus.com.br

Sul e Sudeste: Daniela Lima
Fone: 16 2102 5049 | E-mail: daniela.lima@gnatus.com.br

gnatus.com.br



GNATUS
Podologia

Atuação Podológica Perante Caso com Risco de Amputação

Podologa Isabel Bertinat. *Argentina.*

24/7/2012 Paciente Feminino.

Idade: 74 anos, 15 anos de diagnóstico de Diabetes II.

Apresenta-se à consulta o paciente com traumatismo no Hallux direito. Há dois meses atrás, foi atendida por um Dr. Traumatologista e um Dr. Cirurgião Geral, que lhe realizou um tratamento e lhe indicou a ela e a seu esposo que não via outra solução que a amputação do Hallux.

Observa-se um pé edematizado, com calor, e cor roxa na articulação distal, desprendimento de 75% da placa ungueal, abundantes detritos e fibrina, tomó ATB., não sabe quantos dias e não me sabe dizer que droga. Suponho Amoxicilina 1 gr.

Sugere-se trazer as últimas análises e I.C. com endocrinologista.

Baixo peso, algumas tonturas, baixa compreensão aos riscos que se encontra exposta.

Pulso pedio + recheio capilar + inicia-se toilette e debridação, abundante irrigação.

Se lhe comenta ao familiar que dado o tempo, solicita-se com urgência a consulta a outro profissional. Anamneses com copia.

Se lhe sugere ao Dr. Rx de ambos os pés, frente, perfil e oblíqua com foco no Hallux. A possibilidade de passar a insulina até o fecho da ferida ou a seu critério, controle do T/A. já que não toma nenhuma medicação, também o consumo de mais proteínas.

A profissional esta de acordo e solicita laboratório de controle.

Boa evolução da ferida, 10/8 apresenta-se com o esposo e uma de suas filhas, diz que com as Rx foram derivados a um Traumatologista que lhe indica AMPUTAÇÃO DO HALLUX, alegando que lhe falta a articulação distal e dado o traumatismo deve-se operar, dizendo que esta patologia não deve ser atendida por um podólogo.

Solicito as Rx, que foram pedidas por este profissional auxiliar na saúde, observam-se na mesma as duas articulações, talvez um pouco mais curta, não posso avaliar já não se realizou a do pé contrario, não é coberto por sua Obra Social.

Na posição de perfil, observa-se uma fissura na ponta, sem sinais de osteomielites, nem de

Charcot, não tem artéria pedia calcificada. Sem infecção, sem edema, nem dor no movimento, cicatrização em evolução permanente.

Tratamentos a cada 48hs. Com debridações, agora a cada 72hs.

Pede-se novo Rx de controle, por indicação anterior usa palmilhas realizadas em p.p.t. e plastazote, com forro em couro, para evitar maceração, por uso de cremes.

A profissional assistente concordou com meu diagnóstico, NÃO AMPUTAR.

Tratamento realizado: tratamentos com Solução Fisiológica. Debridação e descarga do Hallux, coloca-se Platsul A, curativo oclusivo úmido a cada 48hs.

Se lhe indica exercícios isométricos para baixar o edema, repouso com M.I. elevados.

Desde o dia 30/8, tratamentos com ATOMO DERMA A-D, e iguais indicações.

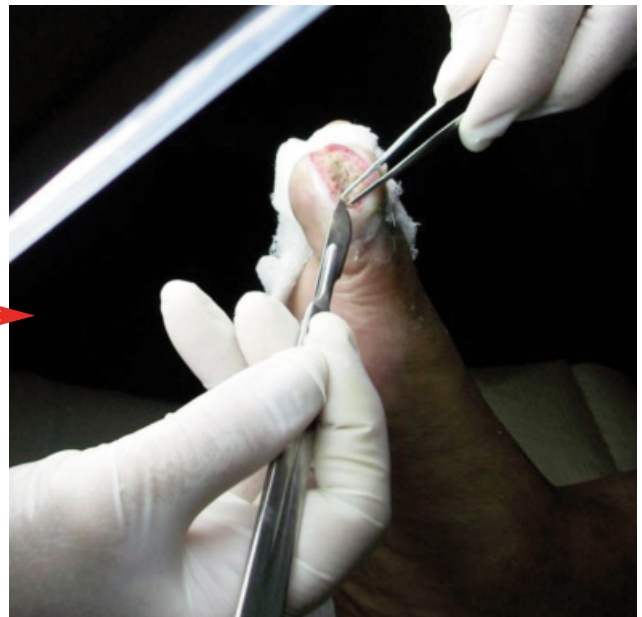
Alta definitiva dia 19-10-2012.

Podologa Isabel Bertinat

Puerto Madryn, Chubut, Argentina.

isabelbertinat@hotmail.com









Alta 19/10/2012



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 asepsia, 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**

VitaDerm
HIPOALERGÊNICA
Desde 1984

WWW.VITADERM.COM

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE

A Revistapodologia.com em México

A Podologia é mais que uma profissão maravilhosa para seus praticantes, mas, uma ciência que muda as vidas das pessoas, transforma as tristes realidades de muitas patologias podais em pés recuperados e pessoas satisfeitas.

Para que a podologia continue a crescer, é fundamental que haja uma boa interação entre colegas podólogos de todas as partes do mundo, pois em cada país ha uma realidade, uma evolução diferente, e juntos numa visão de compartilhar o conhecimento ente nós, passamos a ser melhores e mais eficazes.

É nessa visão de compartilhar, que existem muitos congressos, que visam trazer colegas internacionais para compartilhar seus conhecimentos e foi neste espírito de unidade que a FEPOAL - Federação Latino Americana de Podologia, desenvolveu seu IV Congresso Latino Americano de Podología en la Ciudad de México os dias 25 y 26 de Agosto na Cidade do México, onde entre importantes palestrantes participantes, houve a presença brasileira através do Pdgo. Israel de Toledo (Diretor Científico da **Revistapodologia.com**).



México.

Com a visão de sempre transitar as novas tecnologias entre a podologia de vários países, é que o Pdgo. Israel de Toledo, introduziu a Terapia Fotodinâmica (PDT) no



México. Após este congresso foi realizado um Curso Pós-Congresso na cidade do México, onde, pela primeira vez, os podólogos mexicanos de diversas partes do país e representantes de universidades mexicanas, puderam conhecer esta ciência. Neste curso (Um grande sucesso!), foi mostrada a Terapia Fotodinâmica no combate a onicomicose e a Fototerapia no processo de cicatrização.

Depois, partindo para a cidade de Oaxaca, para participar do Curso Internacional do Pé Diabético (Medicina) da Associação Mexicana de Pé Diabético, um encontro de vários médicos especialistas de diversos países.

Neste evento foi ministrada uma conferência sobre PDT e seus efeitos na cicatrização das úlceras, estímulo do retorno sanguíneo e processo inflamatório. A tecnologia foi muito bem aceita, de tal forma que já estão sendo feitas no Centro de Prevención y Salvamento de Pie Diabético SAN ELIAN do Dr. Fermín Martínez De Jesús.



O resultado foi tão bom, que fomos convidados a fazer um curso (não programado) novamente na cidade do México, onde teve a presença de podólogos e médicos, resultado dos dois primeiros eventos. Foram aulas práticas e com casos ao vivo, para que estes profissionais pudessem ter um treinamento adequado.

Agradecemos a inestimável e desinteressada colaboração nesta viagem de nosso grande amigo de El Salvador, o Dr. Edgar Herrera.

A **Revistapodologia.com** se orgulha de incentivar o conhecimento na podologia global, numa expectativa de mostrar que sempre devemos compartilhar nossos conhecimentos para uma podologia rica e Universal. Acreditamos que incentivar profissionais a criarem investigações em seu país baseados nas experiências de colegas de outros países é fundamental e saudável para a Podologia. ▣

O Primeiro Congresso UNASUR, dias 17 e 18 de Novembro na cidade de Rosario, Argentina, teve a presença de palestrantes de diversos países de Sul América como Chile, Brasil, Uruguay e do país anfitrião, Argentina.



Pdgos. Alfredo Serodio e Eduardo Moreno Argentina



Pdgo. Israel de Toledo Brasil



Pdgo. Joel Lizana Chile



Pdgo. Alberto Barbato Argentina



Pdgo. J.D. Moumary Argentina



Pdga. Lilián Vucovich Uruguay

Tivemos a visita no Brasil do Podologo português **Manuel Azevedo Portela**, Diretor do curso universitário de podologia da CESPU (Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário) de Portugal e Presidente da Associação Portuguesa de Podologia (APP). Ele veio convidado pelos organizadores da XVII Jornada Internacional de Podologia, dias 2 e 3 de Novembro de 2012 em São Paulo.



As premiações recebidas em 2012 pela equipe do programa radial argentino "**Ciencia, Podologia y Salud**". Parabéns **Alfredo Mellid, Miguel Mazzolla, Martín Bordoni y Raúl Fernández** (apresentador).

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



N
INMETRO

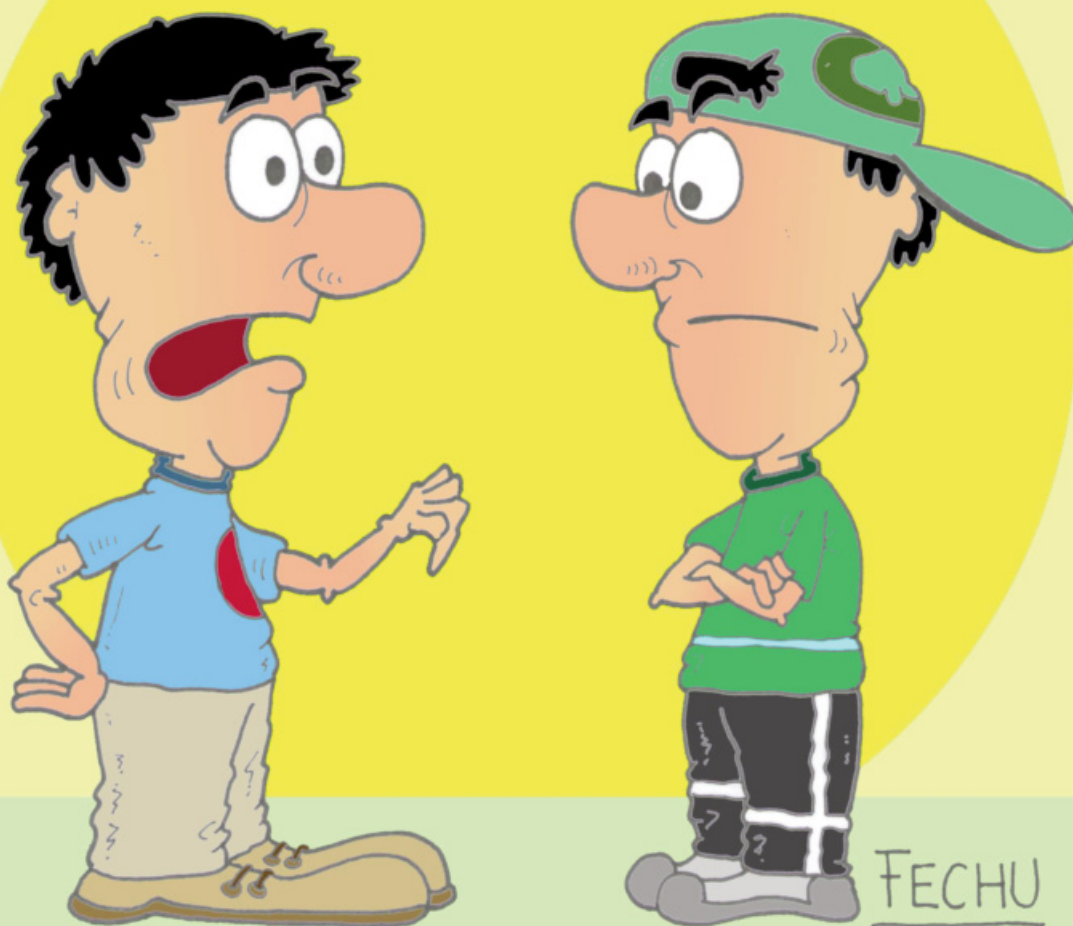
ANVISA
80323310002

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



O PODOLOGO FALOU PARA MINHA MÃE
QUE OS SAPATOS NÃO TEM QUE SER
MUITO JUSTOS... MAS ACHO QUE
ELA EXAGEROU!!!

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



OSSOS DO PÉ 1



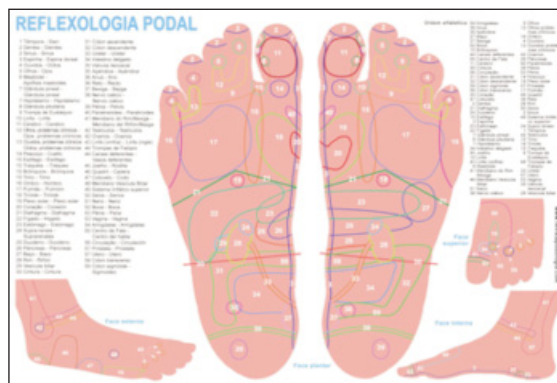
OSSOS DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSSES



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALOSIDADE 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