

revistapodologia .com

Nº 52 - Outubro 2013



Revista Digital de Podologia

Gratuita - Em Português

**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. 15201



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) 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° 52
Outubro 2013

Diretor

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Marketing e Vendas

Alberto J. Grillo
alberto@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

6 - Esporão de Calcâneo.

*Podóloga Eidimara Ferreira. **Brasil.***

12 - Neuroartropatia de Charcot.

*Jordi Asunción - Paula Andrea Valcarcel - Daniel Poggio. **Espanha.***

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 30.

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 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.



XVIII JORNADA INTERNACIONAL DE PODOLOGIA

2 e 3 de Novembro de 2013 - São Paulo - SP - Brasil

LOCAL: Universidade Paulista UNIP
Rua Apeninos 614 - Campus Paraíso
Paraíso - São Paulo

Temas e Palestrantes

TEMA: Podologia uma profissão da área da saúde formação, cuidados e saúde pública.

DR. RUI DAMMENHAIN

TEMA: Ferramentas utilizadas no ensino da podologia.

PDGO. RENATO BUTSHER CRUZ

TEMA: O passado e o presente da podologia no mundo e no Brasil.

PDGO. ARMANDO BEGA

TEMA: Realidade aumentada. Nova metodologia de docência em podologia (desenvolvida na Espanha e que está sendo introduzida no ensino da podologia).

PDGO. LUIS CASTILLO SÁNCHEZ (Espanha)

TEMA: Tratamento de feridas na podologia técnicas em pés diabéticos e pés de risco. **PDGO. ARMANDO BEGA**

TEMA: Cuidado integral no tratamento do pé diabético.

PDGA. LIDIA PHILEME

TEMA: Novos tratamentos bionanotecnológicos na podologia.

PDGA. ANY CAROLINA SIGNORI ARANTES

TEMA: Biomecânica dos membros inferiores base para a podologia.

PDGO. GIUSEPPE D'AGOSTINO (Italia)

TEMA: Terapias de Mobilização e Manipulação Articular no Pé e em Terapias de Relaxamento Mio-fascial.

PDGO. MANUEL GARCIA CERQUEIRA (Portugal)

TEMA: Órteses ungueais na podologia da Espanha.

PDGO. JOSÉ ANTONIO TEATINO (Espanha)

TEMA: Terapias hiperoxigenadas aplicadas à medicina e à podologia.

DR. RUBENS CASCAPERA E PDGO. ARMANDO BEGA

TEMA: Tecnologias para avaliação da marcha.

SR. TIAGO PEREIRA

TEMA: Aplicação dos óleos essenciais na podologia.

SR. FERNANDO AMARAL

TEMA: Laser terapêutico na podologia diversas aplicações na podologia.

SR. HENRIQUE TRAJANO JR.

TEMA: Novas tecnologias em avaliação do pé de risco e pé diabético.

PDGA. GLÁUCIA ALVES SOUSA

TEMA: Técnicas de coleta de material com suspeita de onicomicose, tinea pedis e eritasma.

DRA. ADRIANA GIBOTTI

TEMA: Bases neurofisiológicas da dor: tratamento analgésico por acupontos.

PDGA. GYZELLE PEREIRA VILHENA DO NASCIMENTO E PDGO. RENATO BUTSHER CRUZ

TEMA: Reabilitação em pés diabéticos.

PDGO. ISRAEL DE TOLEDO

TEMA: Avaliação dos pés e da marcha com posterior confecção de órteses plantares.

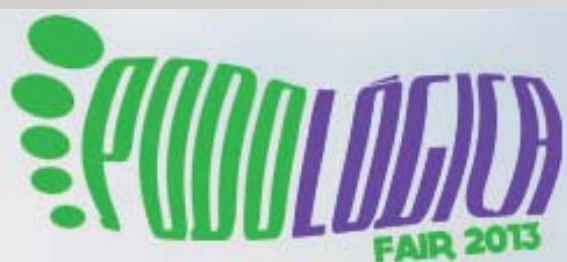
PDGO. ARMANDO BEGA

TEMA: Terapias alternativas para o tratamento de onicomicoses, granulomas e onicofose.

PDGAS. ROSANGELA GAROTO E SILVANA FLORA

TEMA: Oficina de prática em confecção de órteses ungueais, silicone e plantares.

JOSÉ ANTONIO TEATINO - ARMANDO BEGA - RENATO BUTSHER - ISRAEL DE TOLEDO - ROSANGELA GAROTO & SILVANA FLORA.



Feira de Produtos simultânea à Jornada

Informações e inscrições:
www.jornadadepodologia.com.br

Realização:



Hair & Beauty ²⁰¹³

• TENDÊNCIAS •

7ª FEIRA PROFISSIONAL DE BELEZA

PERCEPTIVA

23 a 25 NOVEMBRO
RIOCENTRO | RIO DE JANEIRO

5º SIMPÓSIO DE PODOLOGIA

Curadoria educacional **senacRJ**

23/11 sábado das 10h30 às 19h

Profª Sonia Bauer
Biossegurança e controle
da infecção podológica

Dr. Ricardo Trajano
Corrigindo protocolos conflitantes
de laser em podologia

Marcio Pereira
A importância técnica do podólogo
na atenção básica ao paciente
portador de pé diabético no ambiente
de saúde pública

Fernando Araújo
Reflexologia podal

Prof. Renato Butsher Cruz
Inovando em onicocriptose:
inativação de micro-organismos
fio redutor de granuloma - pasta
obturador - onicoórteses

* Programação sujeita a alteração sem aviso prévio.

TAXA DE INSCRIÇÃO:

R\$ 100,00 até 22/11. Após esta data R\$ 120,00.

Assinantes da revista You Brasil têm **25% de desconto**.
Os inscritos no 5º Simpósio de Podologia têm **acesso gratuito à feira**.

**TRANSPORTE GRATUITO IDA E VOLTA
PARA O RIOCENTRO DURANTE O EVENTO**
Saída de 3 pontos da cidade

Acesse nosso site **hairbeautyexpo.com.br**,
confira a programação completa e faça seu pré-credenciamento.

Informações e vendas: **0800 2826270**

PATROCÍNIO

APOIO EDUCACIONAL

APOIO

MEDIA SPONSORS

PROMOÇÃO E ORGANIZAÇÃO



Esporão de Calcâneo

Podóloga Eidimara Ferreira - Orientadora: Me. Ivone Moser - Co-orientadora: Margarete Rien, Mestranda em Envelhecimento Humano. **Brasil.**

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo aprimorar os conhecimentos adquiridos e fazer pesquisa qualitativa analisando os pacientes atendidos em estudo de caso com descompressão muscular plantar, associando as palmilhas ortopedistas para desenvolver um trabalho na assistência à saúde dos pés.

O esporão do calcâneo é uma formação óssea reativa em forma de esporão, localizada na face plantar do calcâneo, os sintomas são: dor na região plantar sob o calcâneo, que é pior no início da manhã e durante atividades prolongadas em posição de apoio.

É um problema ortopédico que surge devido ao crescimento anormal de uma parte calcâneo, osso do calcanhar, formando uma espícula/protuberância, em formato de uma ponta de uma agulha, provocando assim uma dor muito intensa no local.

Palavras chave: Calcâneo. Dor. Esporão. Pés.

JUSTIFICATIVA

O presente trabalho é produto de várias etapas de pesquisas realizado pela Podóloga Eidimara Ferreira. O projeto teve como base o ano de 2011 e 2012, fundamentando o tema Esporão de calcâneo na visão podológica. Com a finalidade de aprofundar a discussão teórica sobre o assunto, realizou-se uma ampla revisão bibliográfica sobre o tema. O estudo fará a abordagem das suspeitas causas que atribui o aparecimento do Esporão.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar o protocolo de atendimento para Esporão de calcâneo através de um estudo de caso e as informações colhidas na abordagem qualitativa são analisadas de acordo com o roteiro aplicado e registradas em relatório, destacando opiniões, comentário e frases mais relevantes que surgiram.

Objetivos Específicos

- Revisar a literatura com citações dos protocolos de tratamento para esporão de calcâneo.

- Se usará a técnica de descompressão plantar e alongamentos dos músculos e tendões. Realizando massagem para alívio e relaxamento dos membros inferiores. Músculos da anterior (extensor dos dedos, tibial anterior, fíbular longo, vasto medial e intermediário, adutores longo, médio e curto, sartório e grácil) vasto medial e intermediário, reto femoral,). Músculo Posterior e tendões (tendão de calcâneo, fibular, gastrocnemios, sóleo semitendíneo, bíceps femoral longo e curto, passando pelo glúteo máximo até a região lombar). Observando a evolução a cada sessão experimental no tratamento realizado no esporão de calcâneo.

- A descompressão no calcâneo estimula o fluxo sanguíneo na região da dor, auxiliando o organismo a absorver depósitos de cálcio e a diminuir a dor.

- Será feito uma baropodometria, onde se analisará a melhor palmilha para correção da marcha e a melhor distribuição da pressão palntar.

- Orientar quanto às medidas preventivas que o profissional de Podologia passará ao cliente.

MATERIAL E MÉTODO

Segundo Diehle Tatim, a pesquisa é um procedimento racional e sistemático sendo importante para oferecer respostas aos problemas apresentados e identificar soluções e riscos através de métodos, processos e técnicas (2000, p. 47).

Num primeiro momento a pesquisa será bibliográfica. A pesquisa bibliográfica objetiva colocar o pesquisador em contato com tudo o que foi escrito sobre determinado assunto, com a finalidade de colaborar na análise de sua pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Quanto aos objetivos específicos será uma pesquisa do tipo estudo de caso, que na acepção de Yin (2001) é a pesquisa preferida quando predo-

minam questões dos tipos “como” e “porquê”, e quando o foco se concentra em fenômenos da vida real. O mesmo autor ainda afirma que o estudo de caso é um modo de pesquisa empírica que investiga fenômenos contemporâneos em seu ambiente real.

Clientes com queixa principal esporão de calcâneo será o estudo. Colher informações sobre o tratamento. O que o paciente relata sobre o que sentia e o Pós tratamento.

O estudo foi realizado no Centro Estético Eidimara Ferreira, na cidade de Serafina Corrêa/RS.

RESULTADOS

No início foi realizado uma ficha de anamnese, onde as mesmas trouxeram os exames que comprovavam o esporão (Raio X).na qual foi colhida todas as informações do paciente, em seguida foi realizado um exame de Baropodometria onde se observou as pressões.

Depois foi realizado de imediato a palmilha ortopédica para corrigir a pisada e distribuir melhor a pressão plantar. Iniciou-se com massagem para relaxamento plantar. Após fora realizado uma analgesia com gelo no ponto de dor onde se localizava o esporão e foram dados leves batidi-

nhas com um artefato e um martelinho, para descompressão aumento de fluxo sanguíneo.

O tratamento foi durante 6 sessões intercaladas de 7 a 15 dias cada sessão dependendo o grau da dor.

A massagem terapêutica iniciou-se desde a planta do pé até a lombar, massageando muito bem os pontos de pressão plantar e os gastrocnêmios, músculos posteriores da coxa e glúteo terminando na lombar.

A Figura 1 demonstra a localização dos músculos que foram trabalhados neste processo.

O Gráfico 1 demonstra o nível de dor sentido pelos pacientes antes e depois do tratamento.

Após o tratamento, o relato dos pacientes foram definidos como bem sucedido, pois houve na maioria uma grande melhora ao passo que não sentira mais dor, exceto um dos pacientes que mesmo sentindo ainda dor, relatou sentir pouca dor.

Média do nível de dor: 10

Média do nível de dor do tratamento atual: 0 %

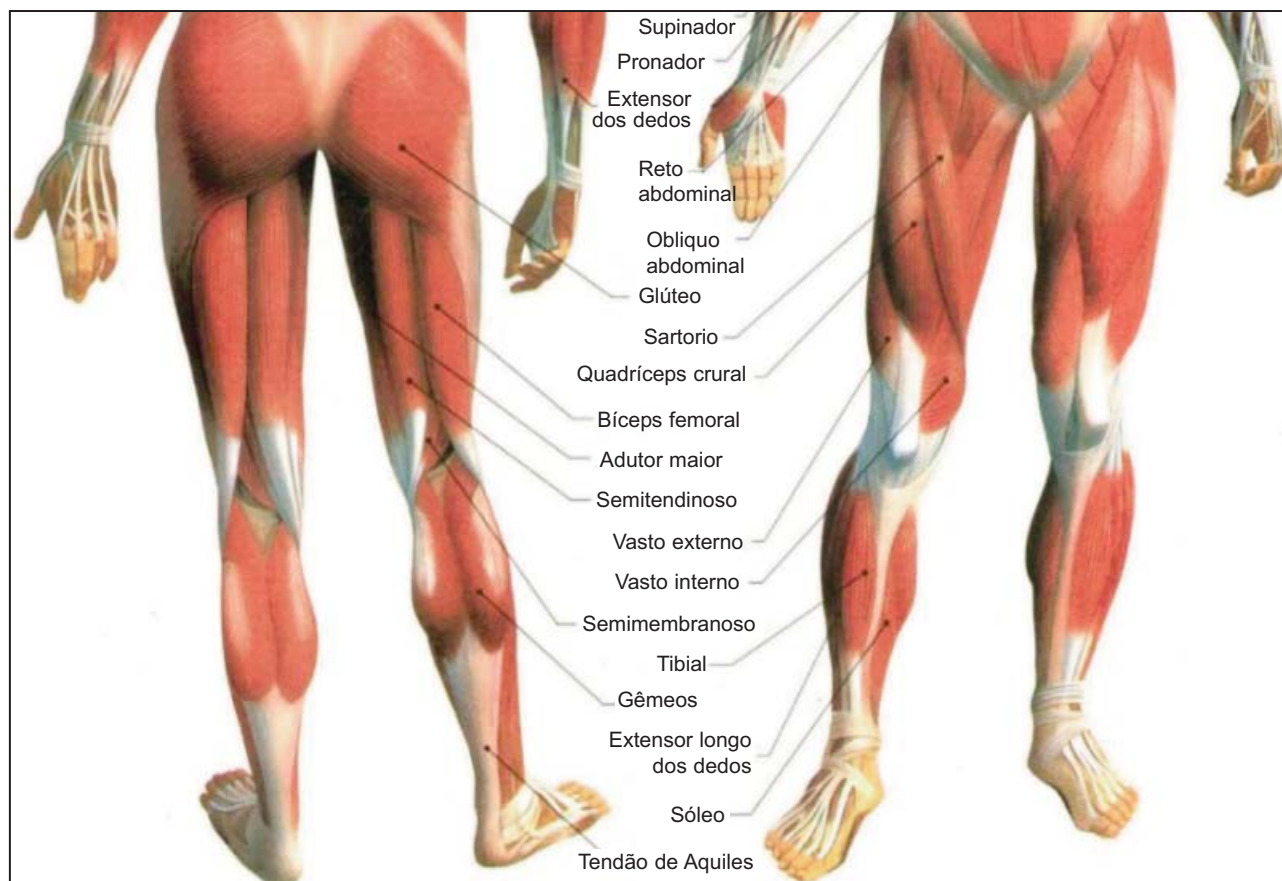
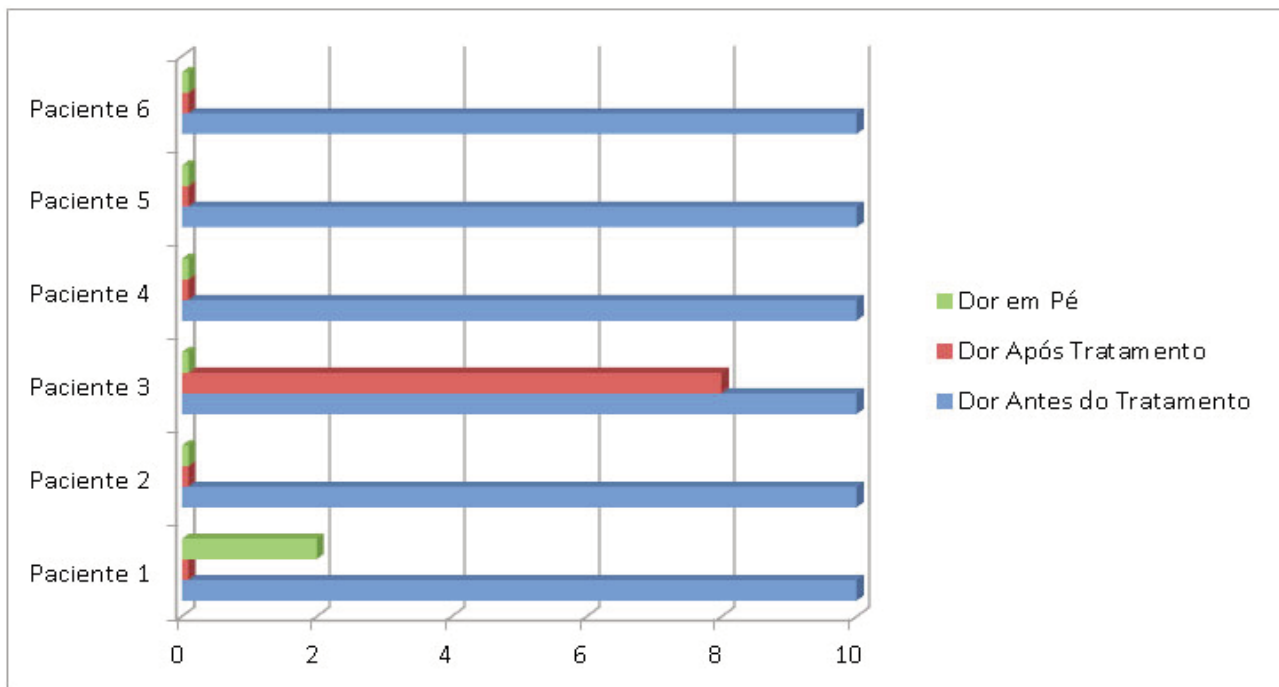


Figura 1: Músculos anteriores e posteriores dos membros inferiores. Fonte: Tomaz. 2013.



Gráfico 1: Nível de dor. Fonte: Eidimara. 2011.



DISCUSSÃO

Conforme Oliveira (2008), o esporão do calcâneo faz parte do quadro da Fascíte Plantar e se caracteriza por um crescimento ósseo no calcâneo, mas é importante salientar que a exostose não ocorre na fásia plantar e sim na musculatura flexora anterior dos dedos a qual é adjacente a fásia plantar.

O esporão de calcâneo são excrescências ósseas no calcanhar que podem ser consequência de uma tensão excessiva do osso do calcanhar por parte dos tendões ou da fásia (o tecido conjuntivo que adere ao osso), provoca inflamação na fásia plantar e dores intensas na pessoa acometida com essa patologia. A fásia plantar é

uma faixa que reveste o músculo flexor curto dos dedos que se localiza na planta do pé. (ABREU et al, 2011).

O Esporão de Calcâneo acomete o componente de apoio do calcanhar e é suficientemente dolorosa para comprometer a marcha. Esse crescimento pode ser ocasionado por uso de calçados inadequados, por lesões ósseas ocasionais durante a marcha ou pisar nas primeiras horas do dia e, principalmente ao pisar sobre superfícies duras se estiver desprovido de calçado adequado. (ABREU et al, 2011).

Segundo Nogueira et al (2007), o esporão de calcâneo é uma patologia comum na clínica de Podologia. Caracteriza-se por fortes dores na

COM A LINHA DE
BIOSSEGURANÇA GNATUS,
SEUS PACIENTES ESTÃO
SEGUROS DOS PÉS À CABEÇA.

Gnatus, a empresa líder nacional em tecnologia e inovação do mercado odontológico, traz a melhor e mais moderna linha de Biossegurança para o segmento de Podologia.

Exija qualidade,
mude para
GNATUS

LINHA DE
BIOSSEGURANÇA

18
SISTEMAS DE
SEGURANÇA



Autoclave
Bioclave 12 L



Lavadora
Biofree



Seladora
Biopack



Destiladora
Bioaqua

Departamento Comercial

Daniela Lima

(16) 2102.5049 / daniela.lima@gnatus.com.br

Roselaine Pereira

(16) 2102.5095 / roselaine.pereira@gnatus.com.br



GNATUS
Podologia

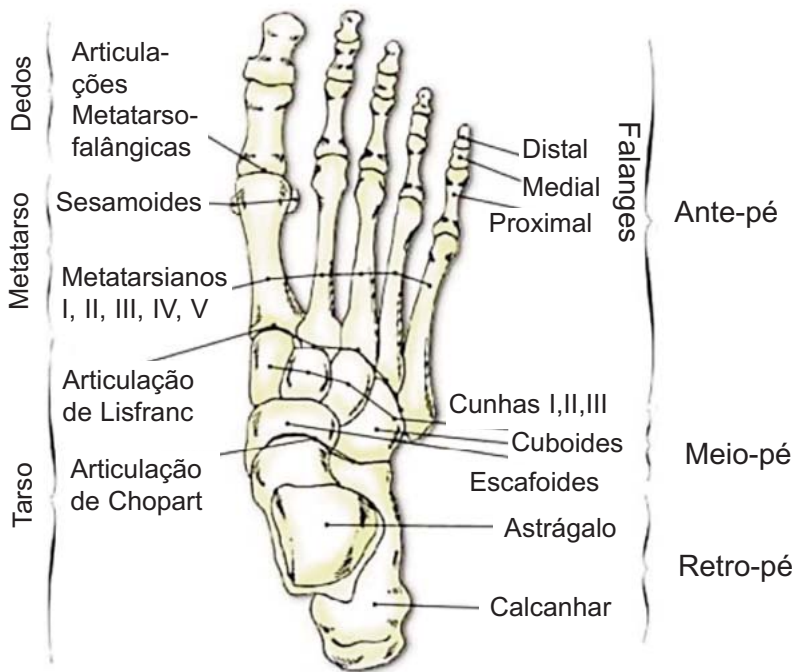


Figura 1
 Vista Dorsal do Pé
 Fonte: Viana. 2007.

Figura 2
 Exóstose Calcânhar.
 Fonte: (HOPPENFELD, 2008)
 adaptado por ABREU et al. 2011.

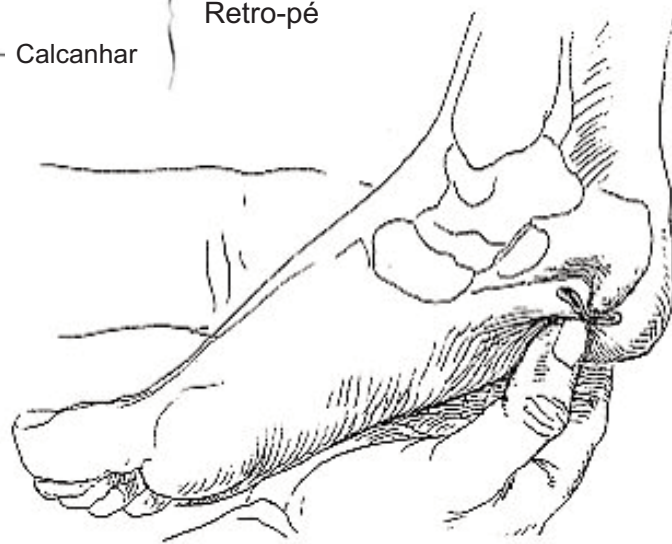


Figura 3:
 Esporão de Calcâneo.
 Fonte: Guazeli 2013.

região calcânea, quase sempre sem calosidades, quando o indivíduo se apoia sobre os pés é ao caminhar. Pode ser facilmente confundida com fascite plantar, sendo que a fascite é uma inflamação muscular que também acomete a região do calcâneo, estendendo-se até médio-pé.

O diagnóstico correto inclui radiografia da região de calcâneo é uma formação o afetada. O esporão de calcâneo é uma formação cartilaginosa (espinha subcalcânea, como um osso supranumerário).

Pode ser removido cirurgicamente por um cirurgião ortopedista, porém há relatos de casos recidivastes. O melhor tratamento é o uso de calcanheiras para absorção de impacto, confeccionadas exclusivamente para esporoes de calcâneo, fascite plantar e esportistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o método adotado para o tratamento do Esporão de Calcâneo trouxe benefícios no alívio da dor para os pacientes submetidos ao tratamento, orientou-se também para que os mesmo usassem sapatos com amortecedores e salto de no mínimo 2,5 cm de altura fechados e protegidos, evitar ficar em pé por tempo muito prolongado, controlar o excesso de peso, fortalecer a musculatura da planta do pé, fazer uso de palmilhas.

E, em casos mais resistentes, outras opções são a fisioterapia, com exercícios e alongamentos específicos para os pés e panturrilhas, e o uso de calçados com palmilhas especiais para reduzir a pressão sobre o calcâneo e a fásia plantar. Pessoas obesas devem emagrecer para reduzir o estresse que o excesso de peso provoca sobre os pés. ▫

*Podóloga Eidimara Ferreira
Formada em Estética e Cosmética e
Pós Graduando Estética e Cosmetica e
Docência em Ensino Superior.
eidimaraferreira@hotmail.com*

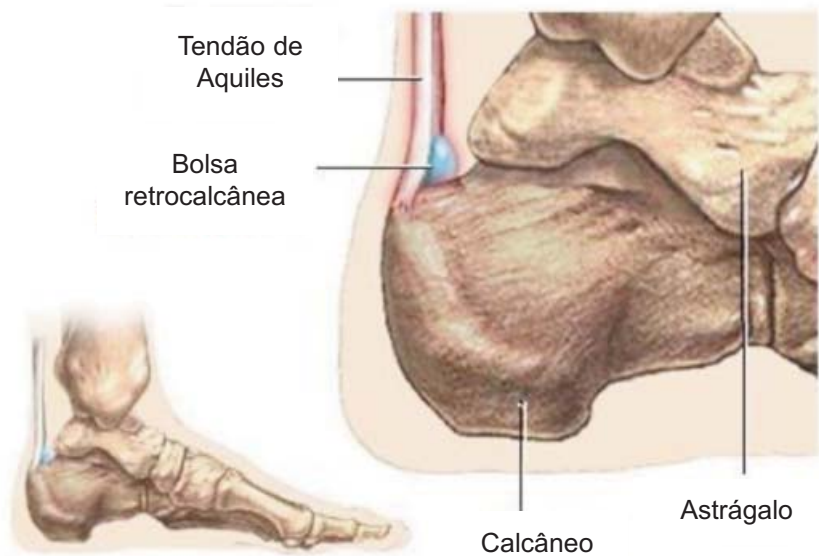


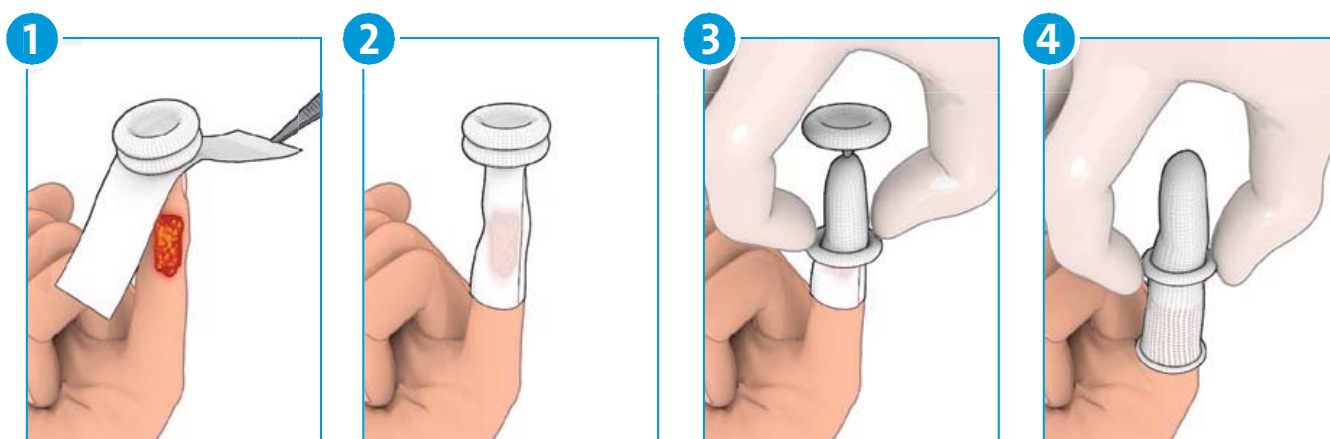
Figura 4: Calcâneo. Fonte: Guazeli. 2013.

REFERENCIAS

- 1- DIEHL, Astor Antonio; TATIM, Denise C. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2007.
- 2- MARCONI, M; LAKATOS, E. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2010.
- 3- YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- 4- OLIVEIRA, O. Fasciíte plantar. Disponível em: <www.portalaondevamos.com.br> Acesso em: 30/jun/2013.
- 5- ABREU, M. F; BRAGA, F. A. Ultra-som pulsátil e ondas de choque extra corpóreo no tratamento da exostose calcanear: uma revisão de literatura. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente 2(2):133-143, maio-out, 2011.
- 6- NOGUEIRA, C. et al. Osteotomia descompressiva do calcâneo. Nova técnica do Dr. Vázquez. revistapodologia.com n° 12. Fevereiro 2007. Disponível em: <http://www.revistapodologia.com/revista>. Acesso em: 30/jun/2013.

www.revistapodologia.com
visite o Link Guia de Empresas

FÁCIL DE APLICAR E REMOVER



ADAPTIC® DIGIT

MALHA NÃO ADERENTE DIGITAL

◆ Let's Comfort®

ADAPTIC® DIGIT é composto por uma malha de acetato revestida com silicone de suave adesão ligada a uma bandagem tubular dupla especificamente concebida para se ajustar aos dedos das mãos e dos pés.

- Tratamento rápido e conveniente para lesões digitais simples ou graves¹
- Adaptável e não faz volume, permitindo assim a máxima flexibilidade dos dedos¹
- Removido de forma limpa da ferida, minimiza a dor e o trauma¹



Clique aqui para assistir ao vídeo de como usar

Para mais informações ou solicitar uma visita, entre em contato: podologia@systagenix.com ou 0800-7611693



Também disponível para
dedos dos pés.

Integrante da família  LET'S HEAL™


Let's heal™

Neuroartropatia de Charcot

Jordi Asunción - Paula Andrea Valcarcel - Daniel Poggio
Unidad de Pie y Tobillo. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. *Espanha.*

RESUMO

A neuroartropatia de Charcot é reconhecida como uma doença destrutiva, progressiva e não infecciosa, de origem multifatorial, em pacientes com diabetes mellitus como sua mais frequente causa etiológica. A American Orthopedic Foot and Ankle Society (AOFAS) a considera como uma das principais doenças a qual um médico geral pode enfrentar, mas fundamentalmente os especialistas em cirurgia do pé e tornozelo.

A verdadeira incidência da neuroartropatia de Charcot é desconhecida, muito provavelmente por erros ou atrasos no diagnóstico inicial; porém acredita-se que, diante do aumento da diabetes mellitus como uma das doenças metabólicas mais importantes, a taxa de apresentação da neuroartropatia de Charcot o fará de forma simultânea, baseada em uma gestão multidisciplinar, oportuna e eficaz, com o fim de reduzir potencialmente a mortalidade relacionada com infecções, à necessidade de uma longa estadia hospitalar e as conseqüentes amputações. Por essa razão, nesta primeira parte realizaremos uma revisão geral de sua definição, etiopatogenia, classificação e métodos de diagnóstico para centrarmos em uma segunda parte no tratamento da mesma.

Palavras chave: Charcot, Deformidad, Diabetes Mellitus, Neuropatia.

INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus é uma das doenças metabólicas mais importantes, afeta de 2 a 5% da população européia, 5 a 10% da população dos Estados Unidos e 20% no resto do mundo. Entre suas complicações mais comuns, complexas e de alto custo, figuram a ulceração (2-19%) e/ou a infecção do pé ao redor de 15% dos pacientes diabéticos, entre os quais 7 a 20% precisarão de amputação como tratamento definitivo (1, 2, 3).

A neuroartropatia de Charcot é uma doença progressiva, não infecciosa e destrutiva que compromete ossos e articulações em pacientes com uma neuropatia periférica, presente em até 30% dos pacientes diabéticos, e que pode ser ativada

por um estímulo neurotraumático que, atuando de forma isolada ou acumulativa, resultado de deformidades severas devidas a fraturas, frouxidão ligamentosa, luxações, destruição articular e reparação hipertrófica (4, 5, 6, 7, 8).

Depois de revisar uma série de pacientes com sífilis terciária, Jean-Martin Charcot em 1968 realizou uma descrição detalhada desta entidade como uma artrite hipertrófica destrutiva. Posteriormente, foram descritas outras causas de artropatia neuropática, entre elas a diabetes mellitus, a poliomielite, a siringomielia, o alcoolismo, a lepra, a artrite reumatóide, a esclerose múltipla e o trauma (4, 5, 6).

Os dados disponíveis na literatura para determinar a incidência desta patologia não são exatos já que é possível subestimar a verdadeira taxa de apresentação, devido a que os pacientes são diagnosticados de forma tardia ou erroneamente como artropatias gotosas ou sépticas, vasculites ou outros transtornos vasculares periféricos até em 25% dos casos (7). Porém, a incidência anual em pacientes com diabetes mellitus esta estimada entre 0,1 a 0,4% com câmbios radiológicos até em 1,4%, os quais se encontram principalmente no médio-pé (4, 5, 6, 7).

Etiopatogenia

Não existe uma teoria que unifique todos os processos patológicos da artropatia de Charcot, já que esta depende de múltiplos mecanismos em pacientes com um denominador em comum: a neuropatia periférica. Sua etiologia é provavelmente o resultado de uma combinação da teoria neurovascular e neurotraumática, ocasionando como resultado uma destruição óssea que se produz no momento do apoio e a deambulação.

A teoria neurotraumática propõe que a neuroartropatia de Charcot é uma síndrome por excesso de uso, no qual as articulações são submetidas a micro traumatismos repetitivos ou a um trauma único que gera os câmbios típicos da artropatia de Charcot. Esta condição, associada a uma alteração da sensibilidade, faz com que o indivíduo não inicie um mecanismo protetor (modificação da descarga, modificações do cal-

çado, buscas de atenção médica, entre outros). Porém, o modelo experimental em animais com denervação das extremidades que eram submetidos a traumatismos repetitivos demonstravam trocas em articulações que não suportavam o peso, o que põe em dúvida esta teoria como a causa principal (4, 5).

A teoria neurovascular sugere que a disfunção do sistema autonômico gera um aumento do fluxo sanguíneo através das derivações arteriovenosas, o que ocasiona um aumento da reabsorção óssea.

Tem-se encontrado que, na fase aguda da neuroartropatia de Charcot, as células de reposição óssea estão elevadas, enquanto que as encarregadas da formação óssea não variam, o que indica uma maior atividade osteoclástica. Estudos de densitometria óssea confirmam a presença de osteopenia nestes pacientes, o que indica um maior risco de fratura patológica (4, 5).

Teorias descritas mais recentemente envolvem citocinas inflamatórias, como o fator de necroses tumoral α y a IL-1 em sua patogênese; no nível molecular estes fatores induzem um aumento da expressão do fator- κ B que por sua vez estimula a formação de osteoclastos e, por tanto, sua atividade (4, 9, 10).

Apresentação clínica e classificação

Em pacientes com diabetes tipo 1, a neuroartropatia de Charcot se apresenta com maior frequência na quinta década de vida, enquanto na diabetes tipo 2 geralmente se apresenta na sexta. Em revisões de pacientes com doenças bilaterais, na média, o tempo de aparição de alguma lesão no segundo pé é de dois anos; a apresentação de forma simultânea é infrequente e só ocorre em 0,8% dos pacientes (4).

O diagnóstico inicial só ser clínico, mas uma falha no reconhecimento da neuropatia pode ter efeitos desastrosos. Em sua fase aguda, a neuroartropatia de Charcot manifesta-se com aumento da temperatura local (até 3,3 °C em relação à extremidade não afetada), edema unilateral, eri-

tema e delimitação dos pulsos distais (sensibilidade de 71% para doença vascular periférica); habitualmente a pele esta intacta. Uma historia cuidadosa pode revelar um sucesso traumático não reconhecido.

De forma equivocada considerava-se que esta era uma condição indolor, mas Brodsky encontrou que a dor estava presente ate na metade dos pacientes (4, 7, 8, 11).

Seu diagnostico é complexo já que a maioria dos pacientes consulta pela primeira vez por uma ulcera concomitante (**Fig.1**), e quando o fazem em fase aguda requeresse uma alta suspeita clinica por parte do examinador, já que poderia-se realizar um diagnostico errôneo de artrites ou osteomielite.



Figura 1. Úlceras plantares em vários pés com deformidades ocasionadas por uma neuroartropatia de Charcot.

A progressão da neuroartropatia de Charcot no geral segue um padrão clínico e radiológico que foi descrito na classificação de Eichenholtz, a qual também brinda um guia sobre o seu tratamento (**Tabela 1**) (4). Nela se divide a artropatia em 3 etapas: fragmentação, coalescência e reconstrutiva.

Na pratica clinica, a fase inicial se considera um processo destrutivo e ativo, enquanto que as etapas de coalescência e reconstrutiva consideram-se como um processo reparador.

Tabela 1. Classificação modificada de Eichenholtz: Neuroartropatia de Charcot

Etapa	Achados Clínicos	Achados Radiológicos
0	Perca da sensibilidade, edema, eritema, instabilidade clínica	Normal
I	Edema, eritema, calor, aumento da frouxidão ligamentar	Osteopenia, fragmentação periarticular, fratura, subluxação
II	Diminuição do calor e inflamação local	Absorção das partículas de Debris, fusão cedo e esclerose
III	Ausência da inflamação, pé estável	Artroses, osteofitos, esclerose

Na etapa 0, também chamada <<Charcot in situ>> ou <<pré-etapa 1>>, não foi incluída na descrição original feita por Eichenholtz mas muitos autores tem reportado (7, 12, 13).

Caracteriza-se por um “pé quente” e se incluem achados ao exame clínico como edema, eritema e suspeitas de infecção profunda sem câmbios radiológicos. O médico deve manter um alto índice de suspeita com o objetivo de iniciar um tratamento cedo para prevenir deformidades finais, porém isto ainda não esteja bem definido.

Na etapa I, ou fase de fragmentação, as radiografias simples revelam câmbios compatíveis com osteopenia, fragmentação periarticular e subluxação ou luxação articular (**Fig. 2a**).

Clinicamente o pé segue apresentando câmbios locais (**Fig. 2b**) e pode por de manifesto um aumento na frouxidão ligamentosa.



Figura 2. Estagio I de Eichenholtz em um pé de Charcot:

2a- Imagem radiológica onde se aprecia a fragmentação óssea e osteopenia no nível da articulação tarso-metatarsiana.

2b- Imagem clínica aonde se objetiva o edema, a tumefação e a deformidade do pé.

A etapa II, ou fase de coalescência, representa a fase inicial da cicatrização; esta caracterizada pela diminuição do edema e o calor (**Fig. 3b**).

Radiologicamente se observa reabsorção óssea, fusão dos fragmentos ósseos e escleroses cedo (**Fig.3a**)



Figura 3. Estagio II de Eichenholtz em um pé de Charcot:

3a- Imagem radiológica observando-se a fratura tarso-metatarsiana com luxação dorsal do ante-pé, com esclerose óssea e início da consolidação dos fragmentos ósseos.

3b- Imagem clínica com deformidade marcada do pé sem sinais flogísticos.

Tea Tree[®] A marca da Podologia.

- ativos terapêuticos naturais;
- óleo original de melaleuca australiano;
- fungicida e bactericida natural;
- o mais moderno conceito cosmeceútico de tratamento.



NOVO! Benefeet creme para as mãos, unhas, pés e calcanhares.
+ Proteção + Hidratação com Kerastin e Tea Tree.



Footness desodorante para os pés.
Protege dos odores da transpiração promovendo bem estar e refrescância!



Fone: + 55 (31) 3334-3953
www.teatree.com.br
teatree@teatree.com.br

facebook 

Consulte um Podólogo

A etapa III, ou de reconstrução, esta representada pela ausência de inflamação e a progressão para um pé mais estável, ainda que as vezes deformado (Fig. 4b).

Radiologicamente observa-se osteofitos, escleroses subcondral e diminuição do espaço articular (Fig. 4a) que indica uma deformidade estruturada (4, 5, 7).



Figura 4. Estágio III de Eichenholtz em um pé de Charcot:
4a - Imagem radiológica com uma deformidade do pé estruturada com consolidação óssea, sem poder apreciar-se as articulações do meio-pé.
4b - Imagem clínica do pé deformado sem tumefação.

Com o objetivo de guiar o tratamento, Brodsky identificou um padrão de classificação do colapso articular baseado na localização anatômica (Fig. 5).

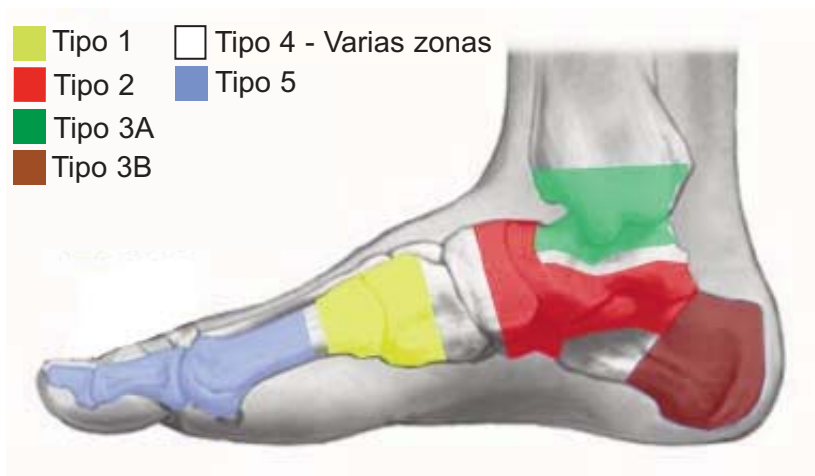


Figura 5. Classificação anatômica de Brodsky do pé de Charcot que depende da localização afetada.

O tipo 1, ocorre na articulação tarso-metatarsiana (**Fig. 6**), localização mais frequente, aproximadamente em 60% dos casos, e cujo comprometimento, aos poucos conduz à uma deformidade fixa de um pé em balanço.



Figura 6. Pé de Charcot tipo 1, com afetação da articulação tarso-metatarsiana.

O tipo 2, afeta a articulação subtalar e a articulação de Chopart (**Fig. 7**) já seja individualmente ou em conjunto, e corresponde a 10% dos casos.



Figura 7. Pé de Charcot tipo 2, com destruição da articulação de Chopart.

O tipo 3A indica o comprometimento da articulação do tornozelo (**Fig. 8**) em 20% dos casos, com deformidades tardias em varo ou valgo, pré-dispondo á úlceras recorrentes e osteomielite que comprometem os maléolos.

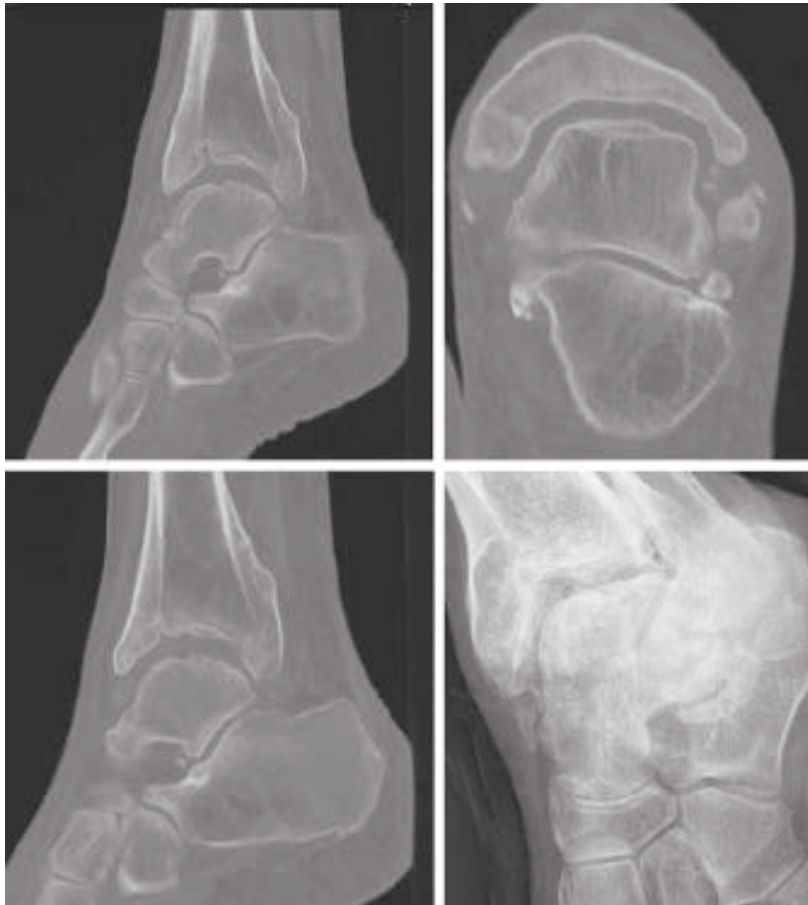


Figura 8.
Pé de Charcot tipo 3A, com comprometimento da articulação túbio-astragalina.

O tipo 3B, as deformidades se produzem depois da fratura da tuberosidade posterior do calcâneo (**Fig. 9**), gerando uma migração proximal da tuberosidade ou deformidades tardias na parte mais distal do pé afetado (4, 5, 11, 14).



Figura 9.
Pé de Charcot tipo 3B, com fratura e deslocamento da tuberosidade posterior do calcanhar.

Produtos para Podologia

AGE PROFESSIONAL

BIOSOMA PROFESSIONAL LOÇÃO DÉRMICA A.G.E.

Fórmula diferenciada, elaborada com óleos vegetais nobres de Groselha negra, de Framboesa e de Copaíba acrescidos da Vitamina A e E.

Composição potente e concentrada nos ácidos graxos essenciais poli-insaturados linoleico e linolênico, muito eficaz no tratamento das disfunções cutâneas, principalmente àquelas com inflamação e vermelhidão.

Auxilia nos procedimentos podológicos que necessitam cicatrização, recuperação celular e proteção da pele.



BIOSOMA PROFESSIONAL CREME HIDRATANTE



É um creme naturalmente amanteigado que forma uma forte base hidratante de alta fixação, ideal para recuperação de peles sensíveis, secas e extremamente secas.

As manteigas especiais que compõem a fórmula amaciam a pele e recuperam sua elasticidade e mantêm a pele protegida e hidratada por um longo período.

Ideal para amolecer cutículas, calosidades, e recuperar as peles ásperas e doentes dos pés.

BIOSOMA PROFESSIONAL LOÇÃO CREMOSA

Fórmula de alta tecnologia, com propriedades de proteção e hidratação reforçadas. Os Biossacarídeos presentes na fórmula são formadores de barreira e filmes protetores. Os óleos de Groselha Negra e Framboesa possuem alta concentração de ácidos graxos essenciais poli-insaturados.

Ação eficaz onde há o comprometimento da função barreira e da capacidade regenerativa da pele. Possui ainda a TEFLOSE, um biossacarídeo que impede a aderência de bactérias na pele, ajudando a combater o mau cheiro nos pés.



BIODOMANI LOÇÃO PREPARATÓRIA PARA OS PÉS



Fórmula balanceada, excelente para ser usada no início e no final dos procedimentos podológicos com o objetivo de preparar os pés para receber o tratamento. É um produto desenvolvido a base de óleos essenciais, álcool de cereais e extrato especial de Aloe Vera que juntos auxiliam na assepsia inicial dos pés, refrescância e também em sua hidratação.

Disponível em duas versões:

GREEN: com óleos essenciais de Tea Tree, Alecrim e Menta

LAVANDA: com óleos essenciais de Lavanda e Menta

AGE DAILY

BIOSOMA DAILY LOÇÃO DÉRMICA A.G.E.

Formulado com Óleo de Girassol que é rico em ácidos graxos essenciais (A.G.E), Vitamina A e Vitamina E.

Auxilia nos procedimentos podológicos com ação hidratante, e alto poder emoliente, ajudando a recuperação da suavidade dos pés mantendo a integridade da pele.



BIOSOMA DAILY LOÇÃO CREMOSA



Loção suave e rica em ácidos graxos essenciais poli-insaturados provenientes do óleo de girassol. Possui Vitaminas A e E e Aloe Vera que agem na hidratação preventiva dos pés. Tem toque seco e não gorduroso, deixa os pés macios e aveludados. Não contem fragrância.

ÓLEO ESSENCIAL DE MELALEUCA (TEA TREE)

Possui propriedades antimicrobiana (fungos, bactérias e vírus), antisséptico, analgésico, imuno-estimulante. Tem ação eficaz na recuperação de unhas doentes, no fortalecimento da unha, e na manutenção de sua saúde.



**A linha BIODOMANI / BIOSOMA
você encontra nos melhores
Distribuidores de produtos para
Podologia.**

Posteriormente, este sistema de classificação foi modificado por Trepman e cols., os quais incluíram os tipos 4 e 5; no tipo 4, múltiplas áreas são afetadas de forma simultânea ou sequencial; enquanto que no tipo 5 a deformidade só envolve o ante-pé (**Fig. 10**) (6).



Figura 10. Pé de Charcot tipo 5, onde a destruição óssea localiza-se no ante-pé, afetando com muita frequência a primeira articulação.

Depois destas classificações tem-se publicado outros sistemas de classificação como o realizado pela Schon e cols., os quais se basearam em sua experiência clínica com pacientes com fraturas neuropáticas, descrevendo uns padrões de progressão do colapso no nível da articulação de Lisfranc, a articulação naviculocuneiforme, a articulação perinavicular e a articulação calcâneo cubóidea que a longo prazo geram uma deformidade em balanço e ulceração crônica (14).

Diagnostico por laboratório

A presença ou ausência de sinais de infecção sistêmica como febre, leucitoses, elevação de reagentes de fase aguda e o aumento da glicose no sangue ou dos requisitos de insulina não são indicadores confiáveis no diagnostico da artropatia de Charcot ou de uma osteomielite superposta, ou como diagnostico diferencial (7,15).

A alteração dos níveis de reagentes da fase aguda tem-se proposto como indicadora da atividade da doença em pacientes com processos inflamatórios, e poderão ser preditivas dos resultados funcionais ou de mortalidade.

Akinci e cols. determinaram em um estudo que os níveis de reagentes da fase aguda estavam associados com o risco de amputação nas infecções do pé diabético.

Um aumento destes posteriores ao tratamento associa-se com uma maior taxa de amputação; dentro dos ditos níveis, os de proteína C reativa constituem o maior indicador de um tratamento falido e de risco de amputação em pacientes com pés diabéticos infectados, com uma sensibilidade de 41% e uma especificidade de 93% quando os valores séricos são iguais ou maiores a 90 mg/dl (15).

Diagnostico por imagem

Ainda que a radiografia simples tenha demonstrado uma sensibilidade de 70 a 95% e uma especificidade de 43 a 89% na detecção de osteomielite, sua utilidade é muito menor em pacientes na etapa 0 da doença, nos quais sua condição não tem progredido a fratura ou luxação.

Porem é uma ferramenta primordial na hora de identificar as deformidades associadas á neuro-

patia de Charcot; trocas radiológicas em ausência de feridas ou em antecedente desta, rara vez representam osteomielite, já que a infecção na maioria dos casos se produz por inoculação direta (7, 8).

Não existe uma prova definitiva para diferenciar a neuroartropatia de Charcot da osteomielite, porem na cintilografia óssea de três fases com tecnécio Tc-99m, seguido do Índio In-111 com leucócitos marcados tem demonstrado uma sensibilidade de 93 a 100% e uma especificidade aproximada de 80% (**Fig. 11**) (8, 16, 17). Esta combinação permite a detecção de tecidos brandos adjacentes; sua grande limitação estriba em ser uma técnica muito demandante.

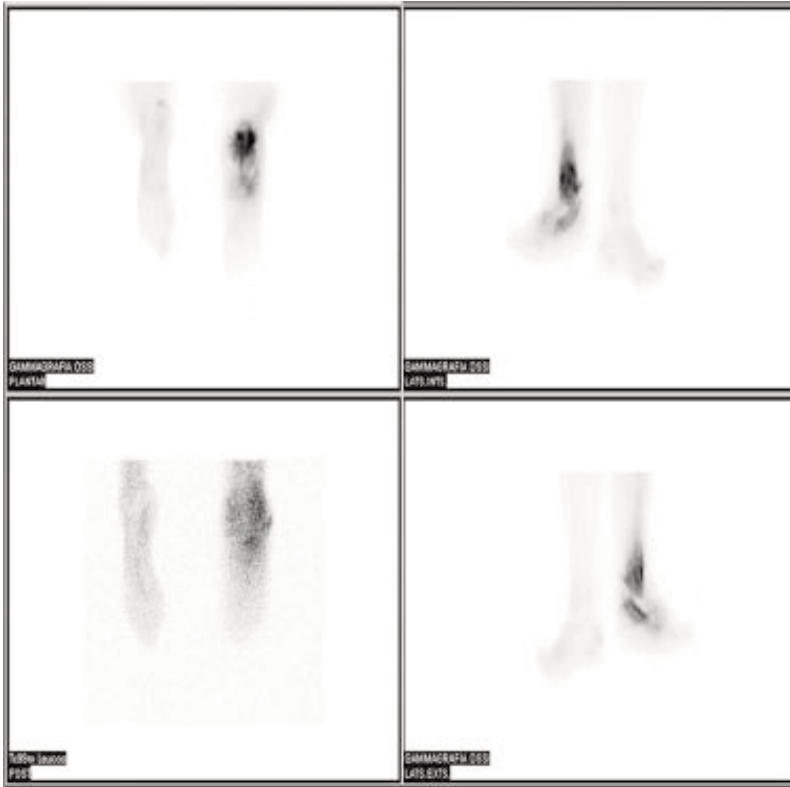


Figura 11. Cintilografia óssea com Tc e com leucócitos marcados em uma artropatia neuropática de Charcot aonde se aprecia uma intensa captação do marcador na região do tornozelo e no retro-pé, não podendo descartar um processo séptico.

A ressonância magnética nuclear não é específica nem conclusiva, porem tem utilidade para a detecção de abscessos e para plantar um diagnostico diferencial com outras entidades como: a osteopenia regional transitória e a síndrome regional complexo (5, 16, 18). A RMN pode mostrar câmbios em etapas iniciais da artropatia de Charcot (**Fig. 12**), como são: rompimento ligamentoso, deformidade articular concomitante e troca no sinal intra-articular e subcondral; porem, estas trocas podem ser vistas ate 4 a 6 semanas depois da apresentação inicial (7, 8).

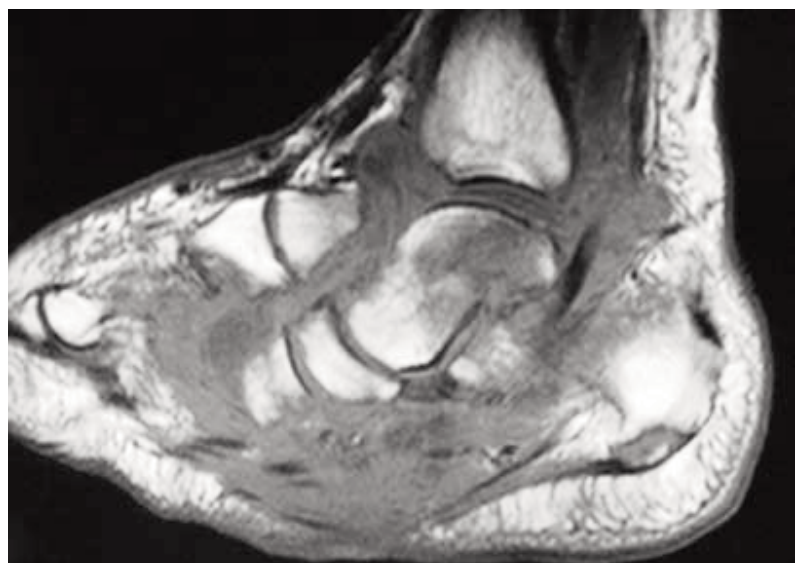


Figura 12. Ressonância magnética nuclear em um pé com neuroartropatia de Charcot estagio 2. Aprecia-se uma destruição da articulação tarso-metatarsiana com luxação dorsal da primeira cunha e uma severa afetação e tumefação das partes brandas.

A tomografia por emissão de pósitrons (PET) com flúor-18 desoxiglicose, tem ganhado terreno no diagnóstico desta entidade, especialmente quando se combina com a tomografia computadorizada (TC), o que se tem denominado PET-TC.

Esta associação permite uma localização mais anatômica da lesão, fácil de distinguir porque demonstra captações de baixa e média intensidade, a diferença das osteomielites que tipicamente são de mais alta intensidade.

Mais recentemente, Heiba e cols., reportaram que o uso do PET-TC com duplo isótopo otimizava a avaliação do pé diabético infectado ao ser muito mais seguro, sensível e específico que outros estudos por imagem isolados, ao permitir a discriminação entre a infecção dos tecidos brandos e a osteomielite, além de permitir uma precisa localização anatômica (19). A PET-TC é muito confiável para diferenciar a neuroartropatia de Charcot da osteomielite, sobre tudo naqueles casos em que existe uma úlcera (**Fig. 13**) para os quais se tem reportado uma sensibilidade entre 93,8 e 100% (7,19).



Figura 13. Tomografia de emissão de pósitrons combinada com tomografia computadorizada (PET-TC) em dois pacientes diferentes, aonde se aprecia a captação óssea do traçador e a localização anatômica precisa.

DISCUSSÃO

Um dos principais problemas na hora de avaliar um paciente com artropatia de Charcot é o de realizar um diagnóstico diferencial com a osteomielite, já que clinicamente ambas entidades são parecidas. As radiografias solem ser similares em fases iniciais e outros estudos, com a cintilografia óssea, mostram captação em ambas.

Por tudo o que foi dito, na hora de realizar o diagnóstico de uma artropatia de Charcot é possível estabelecer alguns princípios:

- Existem fatores preditores da ulceração do pé

diabético, como são as amputações prévias, o uso de insulina e a neuropatia periférica.

- A infecção é mais provável na presença de uma úlcera, já que a maioria das infecções no pé diabético iniciam-se com uma inoculação direta através de uma solução de continuidade na pele.

- Um paciente diabético com uma história de pobre controle de glicemia e neuropatia periférica que se apresenta com um pé edematoso e quente sem úlcera, normalmente correspondera a um Charcot em sua fase inicial.

- No pé, o diagnóstico por imagens é complexo e estas sempre devem ser avaliadas no contexto

do quadro clínico do paciente.

- A fragmentação e luxação articular estão a favor do Charcot, ainda que sua presença não descarte a infecção.

- A RMN mostra fraturas iniciais e edema ósseo extenso no Charcot e reforça o diagnóstico em contra de um processo infeccioso.

- O padrão de ouro para diagnosticar a infecção é a biópsia óssea. α

*Materia extrída da
Revista Pie Dibético N° 12
Junho 2011
www.revistapiediabetico.com*

BIBLIOGRAFÍA

1. A.J.M. Boulton. The diabetic foot—An update. *Foot Ankle Surg.* 2008;14 (3): 120–124.
2. A. Shojaie, M. Esmaelzadeh, B. Larijani. Assessment and treatment of diabetic foot ulcer. *Int J Clin Pract.* 2007; 61(11): 1931-1938.
3. F. Crawford, C. Mccowan, BD. Dimitrov, J. Woodburn, GH. Wylie, E. Booth. The risk of foot ulceration in people with diabetes screened in community settings: ndings from a cohort study. *Q J Med.* 2010; 1-8.
4. A. Van der Ven, CB. Chapman, JH. Bowker. Charcot Neuroarthropathy of the Foot and Ankle. *J Am Acad Orthop Surg.* September 2009; 17 (9): 562-571.
5. MS. Pinzur. Current Concepts Review: Charcot Arthropathy of the Foot and Ankle. *Foot Ankle Int.* 2007; 28 (8): 952-959.
6. E. Trepman, A. Nihal, MS. Pinzur. Current Topics Review: Charcot Neuroarthropathy of the Foot and Ankle. *Foot Ankle Int.* 2005; 26 (1): 46-63.
7. G. Botek, M. Andreson, R. Taylor. Charcot neuroarthropathy: An often overlooked complication of diabetes. *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* 2010; 77 (9): 593-599.
8. AHN Robinson, C. Pasapula, JW. Rodsky. Surgical aspects of the diabetic foot. *J Bone Joint Surg Br.* 2009; 91-B:1-7.
9. WJ. Jeffcoate : Theories concerning the pathogenesis of the acute Charcot foot suggest future therapy. *Curr DiabRep.* 2005; 5:430-435.
10. JF. Baumhauer, RJ O’Keefe, LC Schon, MS Pinzur. Cytokine-induced osteoclastic bone resorption in charcot arthropathy: An immunohistochemical study. *Foot Ankle Int.* 2006; 27: 797-800.
11. JW Brodsky. The diabetic foot. In Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman CL. Eds. *Surgery of the Foot and Ankle.* Philadelphia: Mosby Elsevier, 2007: 1333.
12. LC. Schon, RM. Marks. The management of neuroarthropathic fracture-dislocations in the diabetic patient. *Orthop Clin orth Am.* 1995; 70: 513-518.
13. GV Yu, JR. Hudson. Evaluation and treatment of stage 0 Charcot’s neuroarthropathy of the foot and ankle. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2002; 92: 210-220.
14. LC Schon, ME Easley, SB Weinfeld: Charcot neuroarthropathy of the foot and ankle. *Clin Orthop Relat Res.* 1998; 349: 116-131.
15. B. Akinci, S. Yener, S. Yesil, N. Yapar, Y. Kucukyavas, F. Bayraktar. Acute phase reactants predict the risk of amputation in diabetic foot infection. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2011; 101 (1): 1-6.
16. S. Crerand, M. Dolan, P. Laing, M. Bird, ML Smith, L. Klenerman: Diagnosis of osteomyelitis in neuropathic foot ulcers. *J Bone Joint Surg Br.* 1996; 78:51-55.
17. JE. Johnson, EJ. Kennedy, MJ Shereff, NC Patel, BD Collier: Prospective study of bone, indium-111-labeled white blood cell, and gallium-67 scanning for the evaluation of osteomyelitis in the diabetic foot. *Foot Ankle Int.* 1996; 17: 10-16.
18. BT. Lipman, BD Collier, GF Carrera. Detection of osteomyelitis in the neuropathic foot: Nuclear medicine, MRI and conventional radiography. *Clin Nucl Med.* 1998; 23:77-82.
19. S. Heiba, D. Kolker, B. Mocherla, K. Kapoor, M. Jiang, H. Son. The optimized evaluation of diabetic foot infection by dual isotope SPECT/CT imaging protocol. *Foot Ankle Surg.* 2010; 49: 529-536.

www.revistapodologia.com
Visite o site e confira as novidades de
Congressos, Cursos, Empresas, etc.



6º

CONGRESSO Brasileiro de PODOLOGIA HairBrasil

13 abril
2014

Expo Center Norte
São Paulo

**Conheça os novos
procedimentos e protocolos
do SETOR DE PODOLOGIA**

Participe da **Hair Brasil**, o mais influente evento
de beleza e estética da América Latina

Realização

HairBrasil
Profissional

Apoio Institucional

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

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

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

Apoio

**universidade
anhembi
morumbi**
Mundialmente criativa e inovadora
Laureate International Universities

www.hairbrasil.com



X⁰ ENCONTRO DAS ESTRELAS NA PODOLOGIA

4-5 de Maio
2014
São Paulo
Brasil

Realização: Orlando Madella Jr. Podologia ME

PROGRAMAÇÃO - Palestrantes e Temas

Pdga. Rosana Ribeiro

- Atuação do Podólogo no HPV.

Pdga. Lorraine Cristina de Oliveira

- Procedimentos podológico em úlcera de pé diabético.

Pdga. Luciana Terrosse

- Urgências em emergências na Podologia. Primeiros Socorros.

Pdga. Jane Cristina de Carvalho

- Procedimentos podológico em calo sub-ungueal e periungueal.

Pdgo-Dr. Alberto Malachias Rascassi

- Ação das órteses plantares nas patologias podológicas.

Pdga. Gilvânia de Araújo Carvalho

- Biossegurança: risco e prevenção respiratória.

Dr. Caio Nery - Deformidades do antepé. Uma visita ao centro cirúrgico.

Dra. Natalia Mayumi Inada

- Tratamento de onicomicose por terapia fotodinâmica: Mecanismos de ação, protocolo clínico e resultados.

Pdgo. Adelcio Cordeiro

- Atuação do podólogo no pé do idoso.

Pdga. Marcia Helena Garcia Nascimento

- Procedimento podológico em ceratoderma plantar.

Pdga. Maria Aparecida Lima

- Procedimentos podológicos variados em pacientes portadores de Diabetes Mellitus.

Pdgo. Ezequiel Pereira Rocha

- Pé reumático.

Pdgo. Orlando Madella Jr.

- Terapias de Resultados aplicadas na Podologia.

Pdga. Rosalia Prieto

- Podopediatria.

LOCAL do EVENTO



Av. Casper Líbero, 115
Centro - São Paulo/SP
www.daninnhotel.com.br

CURSO PÓS-EVENTO - 06 de Maio 2014

Podologia esportiva - Teórico e Prático

Ministrado pelo Pdgo. Ezequiel Pereira Rocha

Informações e inscrições:
www.podologiabr.com

EXPOSITORES na feira simultânea ao congresso

HomeoMag
Saúde e beleza dos pés à cabeça

Podonto Líder

revistapodologia.com

GNATUS
Podologia

FEET SPA

mf
Freitas
METALURGICA

DEL' PÉ
Produtos Para Podologia

ORTHO
PELITEC

PODOPLUS

podomel
artigos para podólogos



Curta nossa
Fan Page no
Facebook

www.facebook.com/abppodologo

Surpreenda-se com os novos serviços da ABP

Ajude-nos a ajudá-lo

www.podologo.com.br

Associe-se

Diretoria - Biênio 2013 / 2014



Pdgo. Salvador Amorim
Presidente



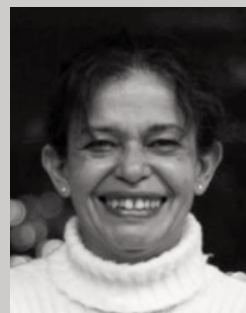
Pdga. Lilia Cordeiro do
Nascimento
Vice-presidente



Pdgo. Marcos dos
Santos Garcia
1. Secretário



Pdgo. Wellington
Kesselbarth
2. Secretário



Pdga. Isabel do
Nascimento
1. Tesoureiro

Membros Titulares do Conselho Fiscal



Pdga. Neusa Fátima
Pereira
2. Tesoureiro



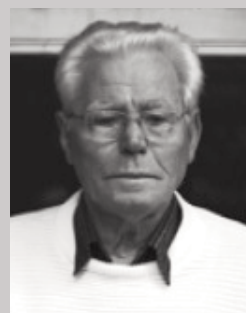
Pdga. Márcia Antunes
Machado
Administração,
Marketing & Patrimônio



Pdga. Maria Haruko
Takeuchi



Pdgo. José Correia
Ramos



Pdgo. Pedro Pistori



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 PODOLOGICA 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



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**

Vita Derm
HIPOALERGÊNICA
Desde 1984

WWW.VITADERM.COM

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE

FIZ A ENQUETE DA AVALIAÇÃO DO CONGRESSO...

BOM... QUAIS FORAM OS TEMAS QUE ACHARAM MAIS INTERESSANTES

O ALMOÇO E A JANTA COM BAILE



FECHU

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: (19) 3365-1586

Loja virtual: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



OSSOS DO PÉ 1



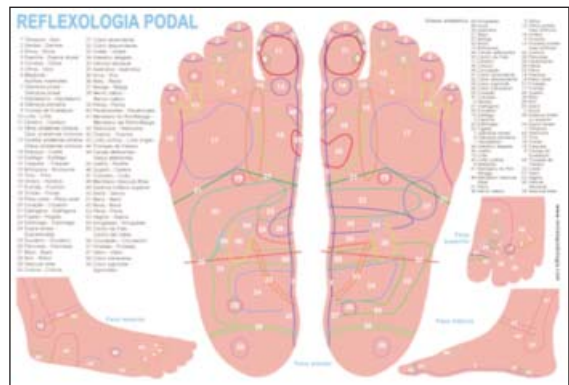
OSSOS DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSES



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