

revistapodologia l.com

Nº 54 - Fevereiro 2014



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



Cadeira Master
Cód. 13945



Mocha
Cód. 15201



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° 54
Fevereiro 2014

Diretor

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Marketing e Vendas

Alberto J. Grillo
alberto@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

5 - Patologias no pé do idoso.

Sabrina Canhada Ferrari, Fânia Cristina dos Santos, Miriam da Silva Lopes Araújo, Maysa Seabra Cendoroglo, Virginia Fernandes Moça Trevisani. [Brasil](#).

18 - Estudo de Caso - Ferida.

Enfermeira e Podóloga Maxsandra Ferreira. [Brasil](#).

24 - Neuropatia de Charcot (II). Tratamento com ortese.

Jordi Viadé Julià - Jordi Carbó Perez. [Espanha](#).

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 35.

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.



X^o 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

Freitas
METALÚRGICA

DEL' PÉ
Produtos Para Podologia

ORIHIO
PRÊMIO

PODOPLUS
A Casa da Podologia

podomel
artigos para podólogos

Patologias no Pé do Idoso

Sabrina Canhada Ferrari, Fânia Cristina dos Santos, Miriam da Silva Lopes Araújo, Maysa Seabra Cendoroglo, Virginia Fernandes Moça Trevisani. *Brasil.*

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida, o processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo num ritmo acelerado e, por consequência, ocorrem inúmeras alterações, que interferem na capacidade funcional e na qualidade de vida dos idosos, entre as quais estão as patologias nos pés.

Este trabalho visa relatar os principais problemas nos pés dos idosos, descrevendo as respectivas abordagens terapêuticas. Como método de levantamento bibliográfico utilizaram-se as bases de dados Medline Lilacs, Scielo e Scad.

Observou-se que com o envelhecimento ocorrem várias modificações nas estruturas anatômicas e fisiológicas do pé, as quais se relacionam a problemas comuns nos idosos, como as metatarsalgias, fasciite plantar, hálux valgo, hálux rígido, deformidades dos dedos, alterações do arco plantar, dor no calcanhar, talalgias, problemas periarticulares, alterações na pele e anexos, artropatias, afecções vasculares e neurológicas.

Tais alterações estão relacionadas à incapacidade funcional e à diminuição da qualidade de vida dos idosos. Conclui-se que os problemas nos pés dos idosos são frequentes e necessitam de atenção quanto ao diagnóstico e tratamento adequados, em decorrência do declínio funcional associado a essas patologias.

Palavras-chave: Patologia. Pé. Idoso.

Pathology in the foot of the elderly people

Abstract

With the increase in expectation of life, the process of population aging in a very high process, and with this course, a lot of changes happening, that interferes in the functional capable and in the quality of life in the elderly people, and, between those, are the pathologies in the feets. This work aims to study the pathologies usuals in the feets of the elderly people, describing the mains therapeutic pproaches. As a method of lifting bibliographic, were used databases Medline, Lilacs, and Scielo e Scap. As a result, were observed that, with aging, a lot of changes occurs in the physiological and anatomical structures of the

foot, leading to commom problems on the feet of elderly, as metatarsalgias, fasciite plant, hálux valgus, hálux hard, deformities of the fingers, changes in the plantar arch, pain in the heel, talalgias, periarticular problems, skin (and suplementares) changes, artorpatias, problemas (problems) periarticulares, vascular and neurological disorders. These disturbs are related with an incapacity functional and the decrease in the quality of lifeof the elderly people. In conclusion, the problems in the feets of the elderly people happening with frequency and it needs to have a lot of pay attention about the diagnostic and the correct treatment, deriving of the functional decrease on this kind of pathologies.

Key words: Pathologies. Elderly. Foot.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, resultado da redução da taxa de mortalidade e do aumento da expectativa de vida, é um dos grandes desafios que o mundo terá de enfrentar neste século. A população idosa é a parcela que mais cresce, tanto que, segundo estimativa da Organização das Nações Unidas, em 2050 22,1% da população do mundo terão sessenta anos ou mais, o que equivale a aproximadamente 1,97 bilhões de pessoas. (SALGADO, 1998).

Em 1950, com 4% de sua população constituída de idosos (2,1 milhões), o Brasil representava a 16ª população de idosos do mundo, em números absolutos. Projeções demográficas indicam que em 2025 o país terá a sexta população de idosos do mundo, com 32 milhões de idosos. (BERQUÓ, 1999).

Os avanços da medicina, o diagnóstico precoce, a prevenção de determinadas doenças, a ampliação das possibilidades de acesso aos serviços de saneamento básico, a alteração nos hábitos alimentares e de higiene, a prática de exercícios físicos, dentre outros fatores, contribuíram decisivamente para a aceleração do envelhecimento.

Com o envelhecimento ocorrem vários problemas que interferem na capacidade funcional e na qualidade de vida dos idosos, dentre os quais

estão as modificações nas estruturas anatômicas e fisiológicas dos pés, que acarretam uma instabilidade postural e um maior risco de quedas. (MEILSLER, 1998).

As evidências obtidas de estudos detalhados sobre diversos males dos pés sugerem que mais de 80% da população têm algum tipo de problema com os pés. (GARROW et al., 2000). As modificações que ocorrem nos pés dos idosos podem ser decorrentes de doenças sistêmicas, de transtornos da marcha, maus-tratos aos pés ou traumatismos nos pés que comprometem a integridade das unhas, da pele, dos nervos, dos vasos e das estruturas ósseas.

O estudo de Chan e Chong (2002), realizado em Hong Kong, confirma que doenças nos pés têm um impacto significativo na qualidade de vida dos chineses.

Neste estudo, realizado com 877 pacientes, 21% deles apresentavam desconforto nos pés ao caminhar; 17% relataram dores nos pés; 8%, limitação nas atividades da vida diária e 6% apresentaram algum tipo de dificuldade em razão de problemas nos pés. Entre as principais patologias nos pés foram encontradas as onicomicoses, os calos em metatarsos, os dedos em garra e outras deformidades, as quais, significativamente, reduziram a locomoção da população geriátrica chinesa.

Helfand (2004) relata que problemas nos pés são prevalentes na população idosa, os quais estão relacionados a doenças crônicas, como diabetes melito, doença arterial periférica, alteração musculoesquelética e déficit motor. Assim, tais problemas estariam diminuindo a capacidade funcional e aumentando o risco de hospitalizações.

Considerando a prevalência de transtornos dolorosos e debilitantes dos pés na população geriátrica, deve ser dada uma assistência especial a esses, de modo que os idosos se mantenham deambulando.

OBJETIVO

Estudar as principais patologias que acometem os pés dos idosos, descrevendo as respectivas abordagens terapêuticas.

MÉTODO

A metodologia utilizada foi o levantamento bibliográfico de artigos nacionais e internacionais nos últimos dez anos (1997-2007) na biblioteca virtual Bireme, acessando as bases de dados referenciais do Medline, Lilacs, Scielo e

Scap.

Para a realização da busca utilizaram-se as palavras-chaves “patologia”, “pé” e “idoso”. Foram encontrados na base de dados do Medline 225 artigos; na Lilacs, 32 artigos; no Scielo e na Scap, três artigos com essas palavras. Os mais expressivos artigos estudam os problemas que mais comumente acometem os pés dos idosos e as principais abordagens terapêuticas.

Principais patologias nos pés dos idosos

Metatarsalgia

É a localização mais frequente de dor no pé, sendo a parte plantar anterior a mais acometida por causas biomecânicas. A nítida predominância do sexo feminino é atribuída ao uso de sapatos de salto e com a parte anterior mais fina. As dores estão localizadas na região plantar posterior e anterior e constituem-se na maioria das queixas clínicas referentes aos pés, principalmente após a quarta década de vida.

No idoso observa-se com frequência uma “queda” das cabeças metatarsianas centrais, com formação de garra dos dedos; o coxim adiposo sob as cabeças desloca-se para posição mais distal, reduzindo a posição dessa região do pé. Essas alterações levam a um quadro de metatarsalgia de caráter difuso tipo queimação, que às vezes impossibilita o uso de sapatos habituais.

O tratamento é feito com mudanças de hábitos e correções no uso dos sapatos. (SILVEIRA, 1999). Nos casos de associação com os dedos em garra, o uso de órtese tipo bolha ou barra retrocapital associado a sapatos confortáveis reequilibra a funcionalidade perdida, aliviando muito os sintomas dos pacientes. (MENZ; MORRIS, 2005).

Fasciite plantar

A fasciite plantar caracteriza-se por dor na fáscia plantar, principalmente na região do calcâneo onde ocorre a sua inserção. É notada com mais frequência em indivíduos que exibem o pé pronado com arco longitudinal achatado e cuja atividade exige ficar em pé ou caminhar por muito tempo; os homens são mais suscetíveis. (CALLIET, 2005).

O tratamento é sempre conservador e inclui analgésicos, anti-inflamatórios e fisioterapia, esta para alongar o complexo aquileo-calcâneo-plantar. O uso de sapatos mais elevados com calcanheiras é importante para a redução da sobrecarga no local. (MENZ; MORRIS, 2005).



Atualização técnica sobre os cuidados dos pés

PROGRAMAÇÃO - 11h00 às 18h30

- Produção de óleos essenciais e produtos derivados de óleos essenciais para uso na Podologia
- Cenários e práticas simuladas no ensino da Podologia
- Uso de fitoterápicos na prevenção e tratamento de doenças da pele
- Órteses plantares para diabéticos: atenção completa
- Alterações ungueais e dermatológicas em pacientes idosos
- Marcadores cutâneos de diabetes mellitus
- A importância da prevenção das hepatites virais em Podologia

Evento do Fórum de Beleza HAIR BRASIL 2014

12 A 15 DE ABRIL • Expo Center Norte • São Paulo

Faça já sua inscrição no www.hairbrasil.com e ganhe desconto promocional

* Na compra do ingresso para o Congresso você ganha a entrada para visitar a feira

Realização

HairBrasil
Profissional

Apoio Institucional

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

intercoiffure
M O N D I A L
B R A S I L
PARIS TOKYO LAHORE BEIRUT
NEW YORK DELHI

Apoio

universidade
anhembimorumbi
Laureate International Universities

INFORMAÇÕES

Tel: (11) 3897.6192 / (11) 3199.6185 / Fax: (11) 3897.6159
congressos@hairbrasil.com.br • www.hairbrasil.com

Venha com o Hair Brasil Viagens: as melhores opções em passagem e hotel
Pagamento em até 10 X sem juros • www.hairbrasilviagens.com.br

Hálux valgo

O hálux valgo é uma subluxação estática da primeira articulação metatarsofalangeana. É vulgarmente chamado de “joanete” e leva a uma alteração tanto na estabilidade estrutural como postural dos pés, podendo ou não estar associada a outras deformidades naquela região. (CARVALHO, 2001).

É mais frequentemente encontrado em mulheres idosas que têm o antepé alargado com o arco transversal achatado e o pé pronado e ocorre quase que exclusivamente em pessoas que usam calçados inadequados. (CAILLIET, 2005). O calçado pode ser considerado o maior contribuinte para patologias nos pés, tais como hálux valgo, deformidades nos dedos e calosidades. (FREY, 2000).

O tratamento é conservador e consiste de prescrição de calçados com a frente mais larga e a utilização de um separador de dedos para estabilização que deve ser usado à noite. Em casos graves, o tratamento cirúrgico é indicado, contudo a identificação de fatores que levaram àquela deformidade é imprescindível para a atuação cirúrgica e também para se evitar a recidiva.

Trata-se de uma afecção complexa, que como tal deve ser avaliada, para que se possa indicar também a técnica cirúrgica mais adequada. (SILVEIRA, 1999; IGNÁCIO et al., 2006). No estudo de Nery et al. (2001) estabeleceram-se os valores médios angulares da primeira articulação metatarsofalangeana indicado para cirurgia, evitando ou diminuindo ao máximo a porcentagem de correções insuficientes ou recidivas.

Hálux rígido

O hálux rígido é o segundo problema mais comum do hálux. Define-se como artrose da primeira articulação metatarsofalangeana (SALÓ, 2003) e caracteriza-se por dor e limitação dos movimentos do pé, quase sempre acompanhada por aumento de volume e da consistência óssea ao nível da região dorsal da articulação metatarsofalangeana. Pode ser de etiologia congênita ou adquirida, como resultado de um trauma ou de uma artrite generalizada.

O tratamento inicial é conservador, com o uso de sapato com sola rígida, que evite pressão sobre a articulação metatarsofalangeana. A injeção interarticular de um agente analgésico com ou sem esteróides oferece alívio temporário. Os medicamentos anti-inflamatórios orais também oferecem algum benefício. (CAILLIET, 2005) Em razão de o movimento articular sofrer uma diminuição gradual até a fusão total, a intervenção

cirúrgica é indicada. (SILVEIRA, 1999; MARTORANA, 2001).

Deformidades dos dedos

As deformidades dos dedos apresentam-se basicamente de três formas: garra, martelo ou malho. São todas de formas rígidas ou flexíveis. A causa mais comum é o uso de sapato inadequado, mas podem também ser secundárias a fatores congênitos, ou alterações neuromusculares. Nos casos flexíveis, pode-se tentar o tratamento conservador, com o uso de sapatos apropriados, com medidas de reabilitação da musculatura extensora e intrínseca do pé e uso de tubos de esponja de plástico para proteger e evitar atritos nos dedos. (MASCARÓ,

2003). Nos casos rígidos ou na falha do tratamento conservador indica-se o tratamento cirúrgico. (COLLET, 2002).

Alterações do arco plantar

Embora frequentes, as alterações do arco plantar longitudinal, sobretudo na infância, não passam de uma variação do normal. A persistência da deformidade após os seis anos de idade, se assimétrica e com rigidez articular, merece abordagem mais precisa.

Pé cavo:

definido como um aumento, no sentido vertical, do arco longitudinal do pé, ocasiona diminuição da área de apoio plantar. A etiologia é quase sempre relacionada a alterações neuromusculares. O tratamento é cirúrgico, mas nos casos leves e pouco sintomáticos podem ser utilizadas órteses e fisioterapia.

Pé plano:

há uma característica da queda do arco plantar longitudinal, associada quase sempre a um valgismo do calcâneo de grau variável. Inicialmente, o tratamento indicado consiste no uso de um sapato adequado, fisioterapia e, eventualmente, no uso de palmilha. Em casos mais avançados há indicação para cirurgia, que consiste em osteotomia de calcâneo (transferência tendinosa) e artrodeses. (SILVEIRA, 1999).

Dor no calcanhar ou calcaneodinia

Segundo Martorana (2001), as causas de dor no calcanhar podem ser classificadas em:

- *doenças inflamatórias sistêmicas*: como artrite reumatóide e psoriásica, espondilite anquilosante e artrite reativa;
- *doenças inflamatórias localizadas*: como tendinite do tendão de Aquiles, bursite retrocalcânea ou bursite calcânea inferior;
- *compressões de nervos*: nervos plantares

medial e lateral, nervo calcanear medial, síndrome do túnel tarsiano, radiculopatia lombossacral e neuropatia periférica;

- *doenças metabólicas*: gota;
- *infecções*;
- *síndrome traumática e/ou "uso abusivo"*: fraturas por tensão, periostite e fasciite plantar.

Segundo Collet (2002), na maior parte dos casos de dor no calcanhar a causa principal decorre do esporão do calcâneo, que se relaciona à fasciite plantar.

Síndrome do esporão do calcâneo:

Caracterizada por crescimento ósseo extra no calcanhar, pode se formar quando a fásia plantar faz excessiva tração sobre o calcanhar. A queixa típica de apresentação de um paciente com a síndrome do esporão do calcâneo é a discinesia pós-estática, especialmente após se levantar de uma noite de descanso. Com os primeiros passos há a necessidade de se segurar em objetos para o apoio e a marcha ocorre nas pontas dos dedos para suporte do peso. A dor no calcanhar geralmente diminui após um período de atividade. O tratamento é feito com analgésicos e anti-inflamatórios orais, infiltrações locais com corticoesteróides, imobilização plantar e, posteriormente, fisioterapia e uso de palmilhas para alívio da tensão no calcanhar. (COLLET, 2002; CALLIET, 2005).

Talalgias:

São bastante frequentes nos indivíduos depois dos cinquenta anos, caracterizando-se por dores localizadas no retropé, envolvendo estruturas como o tendão de Aquiles, o calcâneo e a inserção da fásia plantar. Esse quadro doloroso pode estar associado à existência de um tubérculo pósterio-superior do calcâneo proeminente, assim como a processos inflamatórios nas bursas localizadas no retropé. A causa mais frequente é atrito repetitivo entre a região posterior do pé e o sapato.

O tratamento é basicamente conservador, incluindo, além de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios, o uso de sapato tênis com uma pequena elevação do salto e o uso de uma calcanheira de espuma ou material sintético, que reduzem a sobrecarga da região. Outra medida é a prevenção do atrito do sapato com o tendão de Aquiles, utilizando-se certas órteses. (MENZ; MORRIS, 2005).

Periarticulares

As principais tendinites que afetam os pés são as que envolvem os tendões de Aquiles e o tendão tibial posterior. Esses são de difíceis trata-

mentos, pois são tendões que estão constantemente "lutando" contra a força da gravidade. O resultado é uma tensão excessiva sobre os tendões, levando ao estiramento e à laceração, seguidos de uma resposta inflamatória reparadora e dor.

A persistência daquelas forças não verificadas pode levar ao enfraquecimento ou ao alongamento do tendão e a eventual deformação e ruptura. O tratamento é medicamentoso, com analgésicos, anti-inflamatórios e fisioterapia. (DANDY, 2000).

Afecções cutâneas e de anexos

Hiperqueratose:

Segundo Pinto (2002), são zonas de calosidades que ocorrem em locais de proeminência óssea depois de muito tempo de hiperpressão e de atrito.

Podem ocasionar dor e dificuldade para deambular e também podem ulcerar e infectar. Classificam-se os calos em rígidos e pouco consistentes.

Os rígidos se desenvolvem no dorso dos dedos do pé (pequenos) ou na superfície plantar (projetando-se sobre a cabeça do metatarso), ao passo que os pouco consistentes se formam entre os dedos e, habitualmente, apresentam-se macerados e úmidos.

O tecido hiperqueratósico constitui uma reação de defesa e não deve ser eliminado, a menos que esteja prejudicando o paciente.

A retirada do tecido hiperqueratósico deve estar dentro dos princípios podológicos de não lesar a área profunda, não expor cavidades e protegê-la lateralmente com órteses ou palmilhas específicas, procurando aliviar a sua região central.

As calosidades tratadas recidivam frequente e precocemente se, paralelamente, os transtornos estáticos do antepé, que os ocasionam, não forem compensados.

Segundo Sodeman e Sodeman (1999), o tratamento dos calos duros geralmente se dá com o desbridamento, que deve ser muito cuidadoso, sem se atingir o tecido normal.

Um desbridamento agressivo pode causar infecção secundária, que seria muito prejudicial tratando-se de idosos com diabetes melito ou comprometimentos vasculares diversos.

Os calos pouco consistentes devem ser tratados colocando-se algodão ou pequena proteção macia no espaço interdigital.

Os sapatos abertos são também muito úteis.

O desenvolvimento dos calos diminui ou desaparece ao se protegerem as proeminências ósseas.

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

Alterações ungueais:

As onicomicoses são infecções fúngicas comuns nas unhas dos idosos, tanto das mãos quanto dos pés. Sua prevalência pode ser explicada por fatores como aumento da incidência de imunodeficiências relacionadas à idade da população. O uso de calçados fechados e/ou úmidos, andar descalço em banheiros públicos e traumas frequentes são fatores que influenciam essa elevada taxa de prevalência. Os diagnósticos diferenciais das onicomicoses e que devem ser observados são, principalmente, onicolise, hiperqueratose subungueal, alterações de coloração das unhas, como a leuconíquia e melanoníquia e as distrofias ungueais. Há grande dificuldade para se chegar ao diagnóstico de infecção fúngica das unhas, mas essa diferenciação no diagnóstico é importante, pois implica diferentes tratamentos. (SILVA, 2000; CHANUSSOT; ARENAS, 2007).

Onicolise:

Caracteriza-se por um descolamento da unha de seu leito na sua região, criando um espaço subungueal onde se acumulam germes, sujeira, queratina e outros detritos. Nesses casos é preciso ter certos cuidados, como evitar traumatismos. O uso de detergentes e certos medicamentos tenta erradicar os fungos e bactérias porventura presentes. (SILVA, 2000).

Hiperqueratose subungueal:

Pode ser congênita ou adquirida e ocorre por hiperplasia epitelial dos tecidos subungueais em razão de doença cutânea exsudativa ou por doenças crônicas inflamatórias que envolvem a região, incluindo as infecções fúngicas. (SILVA, 2000).

Distrofias ungueais parciais:

Vão desde unhas frágeis, quebradiças, com fendas longitudinais ou transversais, chegando até à alteração completa na lâmina ungueal. As causas das alterações leves são várias, desde um simples processo relacionado à idade, exposição exagerada a detergentes, uso de esmaltes, removedores e outras substâncias que ressecam as unhas. As formas graves com distrofias quase totais estão, em geral, associadas a outras doenças e/ou infecções. (SILVA, 2000).

Unha encravada ou criptonicose:

Quando as unhas dos pés são curvas, não planas, as suas bordas podem cavar para a polpa do dedo. A borda medial da unha do hálux é afetada mais frequentemente e cavará na polpa do artelho, causando uma lesão de partes moles. A área lesada poderá, então, ficar infectada e produzir uma lesão granulomatosa crônica infectada ao

longo do lado medial da unha. O tratamento conservador geralmente é efetivo e consiste de limpeza regular das unhas; colocação de uma bolinha de algodão abaixo da borda da unha; permissão para que a unha cresça além da extremidade do dedo. Se as medidas conservadoras falharem, poderá ser necessária uma intervenção cirúrgica. (DANDY, 2000).

Periartropatias

As principais tendinites que afetam os pés são as que envolvem os tendões de Aquiles e os tendões tibiais posteriores. Esses tendões são de difíceis abordagens, pois estão constantemente “lutando” contra a força da gravidade, o que resulta quase sempre, se não controlada, numa tensão excessiva sobre os tendões, levando ao seu estiramento e laceração, seguidos de resposta inflamatória reparadora e dor importante.

A persistência daquelas forças poderá levar ao enfraquecimento ou ao estiramento do tendão, com uma eventual deformação e ruptura. O tratamento é frequentemente medicamentoso, com analgésicos, antiinflamatórios e fisioterapia. (DANDY, 2000).

Artropatias

As doenças articulares são comuns nos idosos, podendo afetar o tornozelo e o pé, que tem aproximadamente vinte articulações. (ROTÉS; COTS, 2003).

Osteoartrite:

Antes conhecida como osteoartrose ou simplesmente artrite, corresponde a um grupo de problemas que resultam em alterações nas articulações, principalmente em joelhos, quadris, mãos, coluna vertebral e pés. Algumas vezes, apenas uma única articulação do pé é comprometida; em outras situações, algumas ou muitas delas podem ser afetadas ao mesmo tempo e com intensidades diferentes.

Além de provocar dor no pé, sensação de rigidez e edema, a osteoartrite nos pés pode ocasionar limitações funcionais, como perda de movimentos, deformidades e até grande incapacidade do membro inferior.

Os tratamentos disponíveis para aliviar os sintomas envolvem desde a simples orientação educacional para os pacientes, o uso de medicações analgésicas, fisioterapia e cirurgia em casos extremos. É importante que o indivíduo acometido mantenha boa saúde geral, elimine os fatores de risco, o excesso de peso corporal; preserve uma boa força muscular e, acima de tudo, reconheça a sua própria responsabilidade no controle do tratamento. (CAILLIET, 2005).

Artrite reumatóide:

A história natural da artrite reumatóide no pé pode ser uma deformidade progressiva, associada com dor e incapacidade e de natureza dinâmica, uma vez que as forças mecânicas que atuam durante a marcha se sobrepõem, ocorrendo a destruição articular produzida pela sinovite crônica. (SILVEIRA, 1999).

A sinovite é um evento precoce no curso da doença, podendo ser vista antes da destruição cartilaginosa ou óssea. (FIRESTEIN, 2003). Na fase inicial ocorre edema ou dor no antepé em 80% a 90% dos casos. (KIHARA et al., 2007).

As manifestações da artrite reumatóide no pé são muito frequentes, precoces e incapacitantes, sendo às vezes o primeiro sinal da doença. A evolução clínica do pé reumatóide pode ser dividida em quatro estágios, segundo Silveira (1999):

- primeiro estágio: não existem deformidades ósseas nem indicação para tratamento cirúrgico;
- segundo estágio: há comprometimento articular, mas sem deformidades fixas;
- indicação de sinovectomia: nos casos em que não haja resposta ao tratamento clínico, as articulações do tornozelo, metatarsofalangianas e interfalangeanas respondem melhor com sinovectomia;
- terceiro estágio: deformidades com lesões das partes moles; há indicação de sinovectomia, transferências tendinosas, liberação de partes moles periarticulares e capsulotomias;
- quarto estágio: presença de deformidades e destruição articular, estando indicados procedimentos cirúrgicos reconstitutivos.

A terapia precoce com drogas modificadoras da história natural da doença é fundamental para melhorar a evolução radiológica e funcional dos pacientes e tem como finalidade a supressão completa do processo inflamatório articular, reduzindo o dano estrutural e funcional.

Para isso, são necessários um diagnóstico precoce e um bom método para acompanhar a progressão da doença. (MÖTTÖNEN; HANNOVEN; LEIRISALO-REPO, 1999; BARTHON et al., 2000; PINTO; MIGUEL; REZENDE, 2006).

O uso de palmilhas tem sido rotineiro no tratamento dos pés reumatóides, visando à melhor distribuição de carga na superfície plantar, a melhor apoio para os pés e, em decorrência, ao alívio da dor e melhora funcional. (MAGALHÃES; JORGE FILHO; BATTISTELLA, 2003; LI et al., 2000; WOODBUM; BARKER; HELLIWELL, 2002).

O tratamento fisioterápico é utilizado para preservar a capacidade funcional da articulação, evi-

tar as atrofia musculares e prevenir de deformidades articulares. (ROTÉS; COTS, 2003).

Artrite psoriásica:

É uma doença associada à psoríase da pele ou das unhas, com fator reumatoide negativo. Pode ser exatamente agressiva, deixando o paciente incapacitado para realizar funções do dia a dia. (MACHADO; ATAÍDE; SANDRI, 2005). É frequente o acometimento assimétrico dos pés e principalmente das articulações interfalangeanas distais, associado com lesões psoriásicas das unhas adjacentes.

Observa-se reabsorção óssea, com hipotrofia das partes moles, e, às vezes, há destruição das falanges proximais. (MARTORANA, 2001). O tratamento é medicamentoso com analgésicos e debridamentos periódicos. (LOYOLA et al., 2005).

Gota:

É uma das enfermidades de mais longa história, de patogenia relacionada com o metabolismo do ácido úrico. Entre 50 e 70% dos ataques iniciais ocorrem na articulação metatarsofalangiana do hálux e o tratamento é sempre clínico. A artrite gotosa crônica com depósitos tofáceos é pouco frequente. É mais frequente em homem de meia idade, obeso, hipertenso e por vezes diabético, que usualmente apresenta consumo aumentado de bebidas alcoólicas.

Nos casos crônicos, com grandes depósitos de tofáceos ou de deformidades articulares, estão indicados a ressecção desse material e o debridamento periarticular, desde que sob controle clínico eficaz do paciente. (COLLET, 2002; CRUZ, 2006).

Afecções vasculares

As afecções vasculares são, provavelmente, os problemas nos pés de maior gravidade, por conta da rapidez de seu aparecimento, da lentidão, da imprevisibilidade de sua evolução e da impotência funcional que provocam e dos riscos de amputação no caso de má evolução.

A constituição de úlceras vasculares, as mais frequentes de origem venosa, explica-se facilmente pelas modificações da pele e da estática do pé da pessoa idosa.

As insuficiências venosas podem provocar a formação de úlceras; por isso, precauções devem ser tomadas, como, por exemplo, usar um bom calçado para evitar os traumatismos, tratar prontamente infecções, corrigir as deformações e assegurar uma boa contenção por meio de meias macias. (ROACH, 2003).

O exame sistemático do pé deve pesquisar as pequenas lesões dos dedos e dos espaços interdigitais, especialmente nos doentes que tenham comprometimento arterial dos membros inferiores. A desconsideração desses aspectos pode levar à amputação com prognóstico reservado numa pessoa idosa.

As úlceras são frequentes nos calcanhares e atingem também as regiões maleolares e os bordos dos pés. A fragilidade da pele do idoso facilita sua formação. O mau estado geral do paciente é outro fator de risco e, provavelmente, o mais relevante. Não se pode deixar de comentar as úlceras por pressão, muito frequentes nos idosos acamados e que se desenvolvem por conta de pressão exercida em pontos principalmente de protusões ósseas nos pés.

O diabetes melitos desempenha um papel importante nas alterações tróficas por causar vasculopatias, facilitar a infecção de feridas e pelas alterações neurológicas que provoca. (MARTINEZ; AUN, 2006).

Afecções neurológicas

Várias afecções neurológicas afetam as pessoas idosas. Muitas delas podem afetar a função do pé, como, por exemplo, as neuropatias periféricas por alterações metabólicas, carências, pós-traumáticas e degenerativas. Frequentemente muito dolorosas, podem prejudicar e até mesmo impedir a marcha.

A espasticidade causada pelas síndromes piramidais e extrapiramidais pode comprometer a marcha tanto pelo componente doloroso como pelas modificações das pontas de apoio. O pé flácido pós-hemiplégico está na origem das deformações, como o pé varo equino, se não forem tomadas medidas de prevenção.

A síndrome de compressão do nervo tibial posterior, ou síndrome do túnel tarsal, é muito frequente, mas pouco diagnosticada, e ocorre em virtude da compressão do nervo tibial posterior e seus ramos no seu trajeto retromaleolar medial, provocando um quadro doloroso muito confundido com a fasciíte plantar.

A dor, às vezes bastante incapacitante, irradia-se desde o ponto de compressão retromaleolar até a face medial e plantar do calcâneo, podendo se estender até a região metatarsal. Queixa de dor matinal é frequente antes de iniciar a deambulação.

O tratamento desta condição patológica geralmente é cirúrgico (transferência tendinosa ou artrodese) e visa, fundamentalmente, ao restabe-

lecimento da anatomia e função do pé. (CALLIET, 2005).

A neuropatia diabética perturba frequentemente a sensibilidade superficial do pé, com perda de sensibilidade à dor, que pode contribuir para o aparecimento de lesões tróficas graves e osteoartropatias. (GARBINO, 2006).

Neuroma de Morton:

É causa comum de metatarsalgia, desencadeada frequentemente pela compressão mecânica dos ramos digitais dos nervos plantares, com a formação de uma pequena massa ao redor do nervo plantar comum que passa embaixo do pé, no ponto em que este se divide em dois ramos, que se dirigem aos dedos. (BARRÓCO; NETTO; NERY, 1998). Localiza-se entre a terceira e a quarta cabeça dos metatarsos.

A predileção pelo sexo feminino sugere que a lesão seja desencadeada pelo uso de sapatos de salto alto, com o que ocorre um aumento da pressão na cabeça dos metatarsos e, consequentemente, compressão do nervo.

O neuroma causa dor lancinante no antepé, levando o paciente, em certas ocasiões, a retirar o sapato e massagear os dedos. A dor irradia-se para os dedos, podendo ocorrer fenômenos parestésicos nas áreas inervadas por seus ramos, com a sensação de queimação. (BARBOSA et al., 2005).

O tratamento inicial é direcionado à mudança de hábito quanto ao uso de calçados, dando-se preferência ao uso de salto menor e bico mais largo; também é instituído o uso de anti-inflamatórios não hormonais e fisioterapia com alongamento da fásia plantar e flexores dos dedos e ultrassom.

Podem ser usadas como coadjuvantes palmilhas para supressão de carga na região metatarsal acometida, com barra retrocapital. Também podem ser utilizadas infiltrações com esteroide e anestésico local para um alívio mais prolongado (HIGGINS et al., 1998). Quando o tratamento conservador falhar, outros métodos podem ser utilizados, incluindo neurólise e liberação cirúrgica do ligamento metatarsal transversal para descompressão. (WU, 2000).

CONCLUSÃO

Conclui-se que os problemas nos pés dos idosos são frequentes e exigem grande atenção quanto ao diagnóstico correto e ao tratamento adequado, em decorrência do grande declínio funcional que poderá estar associado a esses.

A perda da capacidade de locomoção pode ter

Tea Tree® A marca da Podologia.



Benefeet: Para as mãos, unhas, pés e calcanhares.

- Contém óleo de melaleuca (tea tree) australiano, eficiente fungicida e bactericida natural;
- Auxilia no tratamento de rachaduras, calosidades, micoses, frieiras e mau-odor;
- Em uma semana o cliente já sente os resultados no controle das rachaduras;
- É a mais moderna tecnologia em formulação para a Podologia;
- Deixa as mãos, pés e calcanhares, lisos e macios;
- Contém o óleo de tutano que fortalece as unhas e cutículas;
- Contém queratina que promove hidratação intensiva evitando o ressecamento da pele;
- Presente nas melhores clínicas de Podologia.

Modo de Usar:

Aplique quantas vezes desejar durante o dia e a noite, sobre as mãos, unhas, pés e calcanhares, massageando e espalhando bem o produto. Benefeet não engordura e tem excelente absorção. É ideal para uso diário.



Tratamento



Tecnologia



Natureza



Footness: Desodorante para os pés e calçados.

- Contém óleo de melaleuca (tea tree) australiano, fungicida e bactericida natural;
- Com agentes desodorantes e condicionantes que protegem os pés dos odores da transpiração;
- Sua ação é deliciosamente refrescante, desodorante e relaxante para os pés;
- Ideal para as pessoas que transpiram os pés durante o dia;
- Elimina os odores da transpiração dos pés e calçados;
- O óleo de melaleuca é eficiente nos casos de: frieiras, micoses e mau-odor.

Modo de Usar

Sempre após lavar e secar bem os pés, aplique o jato desodorante nos pés, entre os dedos, nas meias e nos calçados durante o dia e a noite ou sempre que desejar.



Consulte um Podólogo

Fone: + 55 (31) 3334-3953

www.teatree.com.br

teatree@teatree.com.br

facebook 

www.facebook.com/tea.tree.1276

um efeito em cascata sobre a autoestima, dignidade e desejo do idoso de continuar contribuindo para a sociedade em que vive.

Muitos dos problemas relatados podem ser prevenidos facilmente, possibilitando condições de autonomia e independência aos idosos.

Autores

Sabrina Canhada Ferrari

Fisioterapeuta. Mestra e doutoranda em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo. Fisioterapeuta afiliada ao Instituto de Geriatria Gerontologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Endereço para correspondência: Sabrina Canhada Ferrari, Rua Antonio Carlos, 196/43a, CEP 01309-010, São Paulo SP, E-mail: sabrinacferrari@yahoo.com.br.

Fânia Cristina dos Santos

Médica. Doutora em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo. Médica Geriatria do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo.

Miriam da Silva Lopes Araújo

Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo.

Maysa Seabra Cendoroglo

Médica. Mestra em Epidemiologia e Doutora em Ciências da Nutrição pela Unifesp. Chefe da disciplina de Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo.

Virginia Fernandes Moça Trevisani

Médica. Mestra e Doutora em Reumatologia pela Universidade Federal de São Paulo. Docente da disciplina de Medicina Interna e Terapêutica da Universidade Federal de São Paulo.

Matéria publicada na Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 106-118, jan./abr. 2009

REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. G. et al. Estudo retrospectivo do tratamento cirúrgico do neuroma de morton por via plantar. *Acta Ortop. Bras.*, v. 13, n. 5, p. 258-260, 2005.

BARRÔCO, R. S.; NETTO, A. A.; NERY, C. A. S. Tratamento do neuroma de morton pela via plantar: avaliação dos resultados cirúrgicos. *Rev. Bras. Ortop.*, v. 33, n. 7, p. 532-536, 1998.

BARTHON, J. M. et al. A comparison of etanercept and methotrexate in patients with early rheumatoid arthritis. *N. Engl. J. Med.*, v. 343, p. 1586-1593, 2000.

BERQUÓ, E. Considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A. L. (Org.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papyrus, 1999. p. 11-40.

CAILLIET, R. *Dor no pé e no tornozelo*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CARVALHO, A. E. J. Hálux valgo no adulto. *Clin. Orthop.*, v. 2, p. 365-378, 2001.

CHAN, M. K. T.; CHONG, L. Y. A prospective epidemiologic survey on the prevalence of foot disease in Hong Kong. *Journal of American Podiatric Medical Association*, v. 92, n. 8, p. 450-456, 2002.

CHANUSSOT, C.; ARENAS, R. Infección micótica plantar e interdigital en pacientes con onicomicosis. *Rev. Iberoam. Micol.*, v. 24, p. 118-121, 2007.

COLLET, B. S. Problemas do pé. In: ABRAMS, W. B.; BERKOW, R. (Ed.). *Manual Merck de informações médica*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002. p. 281-288.

CRUZ, B. A. Gota. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 419-422, 2006.

DANDY, D. J. Distúrbios do tornozelo e do pé. In: *Ortopedia e traumatologia prática*. Diagnóstico e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 415-429.

FIRESTEIN, G. S. Rheumatoid synovitis and pannus. In: HOCHBERG, M. C. et al. *Rheumatology*. 3. ed. St. Louis: Mosby, 2003. p. 855-884.

FREY, C. Foot health and footwear for women. *Clin. Orthop.*, v. 372, p. 32-44, 2000.

GARBINO, J. A. Avaliação eletroneuromiográfica da neuropatia diabética. In: KUHN, P. O pé diabético. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 159-167.

GARROW, P. A. et al. Development and validation of a questionnaire to assess disabling foot pain. *Pain*, v. 85, p. 107-113, 2000.

HELFAND, A. E. Foot problems in older patients – A focused podogeriatric assessment study in ambulatory care. *Journal of American Podiatric Association*, v. 94, n. 3, p. 293-304, 2004.

HIGGINS, K. R. et al. Soro negative rheumatoid arthritis and morton's neuroma. *J. Foot. Surg.*, v. 27, p. 404-407, 1998.

IGNÁCIO, H. et al. Estudo retrospectivo da osteotomia da base do primeiro metatarso como tratamento do hálux valgo. *Acta Ortop. Bras.*, v. 14, n. 1, p. 48-52, 2006.

KIHARA, A. et al. Diagnóstico por imagem do

antepé de pacientes com artrite reumatóide inicial. Rev. Bras. Reumatol., São Paulo, v. 47, n. 2, p. 123-126, 2007.

LI, C. Y. et al. Biomechanical evaluation of foot pressure and loading force during gait in rheumatoid arthritic patients with and without foot orthosis. Kurume. Med. J., v. 47, p. 211-217, 2000.

LOYOLA, A. J. C. et al. Infliximab no tratamento da artrite psoriásica grave. An. Bras. Dermatol., v. 80, n. 5, p. 535-537, 2005.

MACHADO, A. P. B.; ATAÍDE, D.; SANDRI, C. Importância do raio X e exame físico no diagnóstico da artrite psoriática e sua prevalência no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Rev. Bras. Dermatol., v. 80, n. 3, p. 345-351, 2005.

MAGALHÃES, E. P.; JORGE FILHO, D.; BATTISTELLA, L. R. Pés reumatóides: avaliação pela podobarometria dinâmica computadorizada e restauração funcional com órteses plantares. Acta Fisiátrica, v. 10, n. 2, p. 78-82, 2003.

MARTINEZ, A. R.; AUN, R. Avaliação e intervenção vascular. In: KUHN, P. O pé diabético. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 77-92.

MARTORANA, V. J. A saúde dos pés no idoso. In: GALLO, J. J. et al. (Org.). Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 360-367.

MASCARÓ, R. Patologia dos dedos. In: VILADOT, A. 15 lições sobre patologia do pé. 2. ed. Rio de Janeiro, 2003. p. 165-187.

MEILSLER, J. G. Toward optimal health: the experts discuss foot care. J. of Women's Health, v. 7, n. 6, p. 659-663, 1998.

MENZ, H. B. MORRIS, M. E. Footwear characteristics and foot problems in older people. Gerontology, v. 51, p. 346-351, 2005.

MÖTTÖNEN, T. et al. Comparison of combination therapy with single-drug therapy in early rheumatoid arthritis: a randomised trial. Lancet,

v. 353, p. 1568-1573, 1999.

NERY, C. A. S. et al. Avaliação radiológica do hálux valgo: Estudo populacional de novos parâmetros angulares. Acta Ortop. Bras., v. 9, n. 2, p. 41-48, 2001.

PINTO, M. J. Os pés do idoso e suas repercussões na qualidade de vida. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 690-698.

PINTO, M. R. C.; MIGUEL, R. C. C.; REZENDE, G. G. Tratamento da artrite reumatóide. Ver. Bras. Reumatologia, v. 46, n. 3, p. 219-223, 2006.

ROACH, S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROTÉS, M. T.; COTS, R. O pé na artrite reumatóide. In: VILADOT, A. 15 lições sobre patologia do pé. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 189-199.

SALGADO, M. A. Envelhecimento populacional: desafio do próximo milênio. A Terceira Idade, São Paulo, v. 10, p. 31-37, 1998.

SALÓ, J. M. Metatarsalgias. In: VILADOT, A. 15 lições sobre patologia do pé. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 146-164.

SILVA, M. R. Onicomicoses: diagnóstico diferencial. Dermatologia Atual, v. 6, p. 627-634, 2000.

SILVEIRA, A. C. M. Pé do idoso. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. (Ed.). Clínica e cirurgia geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 503-512.

SODEMAN, W. A. J.; SODEMAN, T. M. Instructions for geriatric patients. 2. ed. Philadelphia: Saunders, 1999.

WOODBUN, J.; BARKER, S.; HELLIWELL, P. S. A randomized controlled trial of foot orthoses in rheumatoid arthritis. J. Rheumatol., v. 29, p. 1377-1383, 2002.

WU, K. K. Morton neuroma and metatarsalgia. Cur. Opin. Rheumatol., v. 12, p. 131-142, 2000.

www.revistapodologia.com

Visite nosso site e confira as novidades:
Congressos, Cursos, Empresas, etc.



Tecnologia de ponta para tratamento dos pés



Pedra Hume em Gel

1º Pedra Hume em Gel do Brasil!

- Óleo de Melaleuca: Antisséptico
- Extrato de Hamamélis: Adstringente
- Fácil aplicação
- Higiénico
- Mais de 200 procedimentos
- Eficaz, efeito instantâneo!



Creme de Hidratação Intensiva

Excelente Absorção: Segurança e Conforto

- Lanolina: Formação de barreira anti-ressecamento, altamente hidratante e restaurador
- Desenvolvido para peles extremamente ásperas, ressecadas e com fissuras
- Desodorizante vegetal: Agente antimicrobiano que reduz o mau odor
- Pantenol: Restaurador celular e umectante
- Óleo de Amêndoas e Calêndula: Emoliente, Hidratante, Nutritivo e cicatrizante



Esfoliente em Creme

Remoção eficaz das células mortas e impurezas da pele

- Casca de noz: Esfoliante Natural para limpeza e renovação celular
- Óleo de Amêndoas: Emoliente, Hidratante e Nutritivo
- Mentol: Ação refrescante e imediata
- Desodorizante Vegetal: Reduz o mau odor



**ESTAMOS
CADASTRANDO
DISTRIBUIDORES**

Conheça outros produtos inovadores:

www.primesensecosmeticos.com.br

11-2036-8073 | contato@primesensecosmeticos.com.br

Presença confirmada nos principais eventos do setor em 2014!

Estudo de Caso - Ferida

Enfermeira e Podóloga Maxsandra Ferreira. *Brasil.*

PACIENTE

Paciente sexo masculino, 35 anos, diabético, hipertenso, nefropata e cardíaco. Usuário de Inalapril, Alodipina, Flurosemida e Etanolol.

CARACTERÍSTICAS DA FERIDA

Ferida de pequeno diâmetro aberta há dois meses, decorrente da pressão da última articulação dos dedos 2° e 3° do pé direito, com presença de pequeno calo ósseo.

Presença de onicomicose em todas as unhas do pé.

TRATAMENTO

Após desbridamento no dia 06/12/13, iniciou o tratamento com alginato de cálcio com troca a cada dois dias para controlar a exsudação moderada.

Em 10/12/13 iniciou tratamento com hidrogel com trocas diárias, para manter meio úmido ideal.

Em 17/12/13 iniciou tratamento com PROMOGRAN PRISMA® matriz de colágeno/ORC e prata para estimular a cicatrização coberto com malha não aderente de silicone com dupla malha de algodão ADAPTIC® DIGIT, para evitar aderência e proporcionar conforto e mobilidade ao dedo, com trocas a cada quatro dias.

Em 06/01/14 a ferida apresentava excelente evolução, foi mantido tratamento com PROMOGRAN PRISMA® e ADAPTIC® DIGIT como curativo secundário.

Em 28/01/14 a ferida estava fechada, e foi mantido apenas o ADAPTIC® DIGIT para manter o conforto e proteger tecido neo formado.



Figura 1 - 17/12/13



Figura 2 - 23/12/13



Figura 3 - 06/01/14

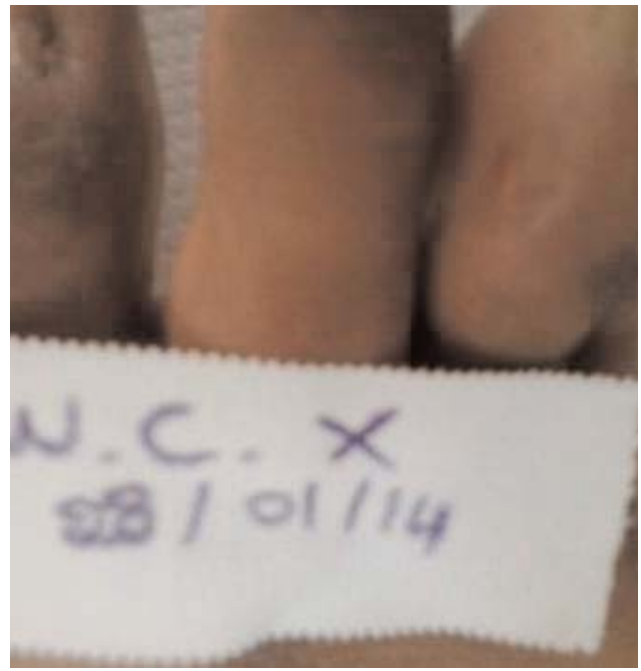


Figura 4 - 28/01/14



PROMOGRAN PRISMA®
como cobertura primária.

RESULTADOS

Cicatrização rápida e com boa qualidade. A duração total do tratamento foi de 42 dias. Considerando a clínica do paciente, este pode levar a sua vida normalmente.

CONCLUSÃO

As trocas de curativos eram rápidas e indolores. O paciente relatou que não teve mudança em



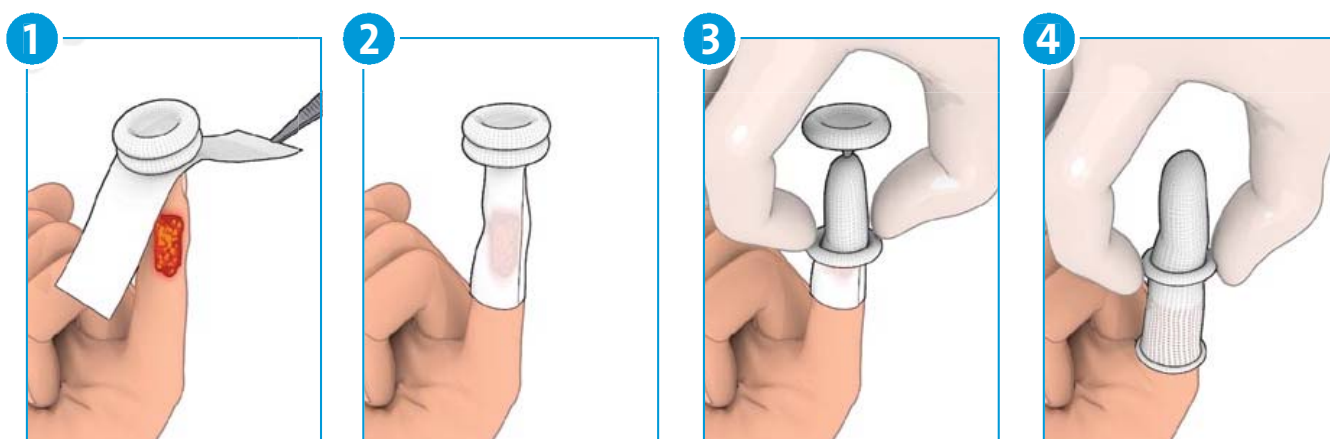
ADAPTIC® DIGIT aplicado.

sua rotina, sendo muito confortável e seguro. Ótima aparência do curativo.

Autora:

Enfermeira e Podóloga Maxsandra Ferreira
maxsandra@clinicapodologicasaocamilo.com.br
www.clinicapodologicasaocamilo.com.br
Belo Horizonte - MG - Brasil

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™



6º CONGRESSO DE PODOLOGIA

- 28 DE JULHO DE 2014 -

Grande oportunidade para se aperfeiçoar com os melhores profissionais do Brasil.

11ª edição

INTERNATIONAL PROFESSIONAL

fair

FEIRA PROFISSIONAL DE BELEZA
26 a 28 de julho de 2014
EXPOMINAS - BH MG

Mais informações:

(31) 3273.9083

professionalfair.com.br

feiraprofissionaldebeleza.com.br

facebook.com/professionalfair

Realização



2014

expo**hair**

cabelo & estética

10 e 11
agosto
ribeirão
preto

10
anos
edição
comemorativa

cabelo

estética

podologia

tendências

conferências

workshops

[www.expo**hair**.com.br](http://www.expohair.com.br)

10 de Agosto - Congresso de Podologia



—BEAUTY FAIR— **10** anos
Feira Internacional de Beleza Profissional

7º CONGRESSO DE PODOLOGIA

TÉCNICAS, TENDÊNCIAS E
INOVAÇÕES

Em breve, programação e informações pelo site
www.beautyfair.com.br
ou pelo telefone 11 3373-4633



Reserve esta data

08
de setembro
de 2014

Expo Center Norte
São Paulo - SP - Brasil



BEAUTY FAIR
ESTÉTICA & SPA

Neuropatia de Charcot (II). Tratamento com ortese.

Jordi Viadé Julià - Jordi Carbó Perez. Espanha.

INTRODUÇÃO

A órtese é um dos pilares imprescindíveis no tratamento do pé de Charcot. Não existe um método standard eficaz 100%, tendo em vista que cada paciente é diferente, e também, o tratamento deve estar de acordo com a fase, o grau de deformidade e a presença ou não da ulcera.

O pé de Charcot, na maioria dos casos sole ser unilateral, mas não tem que deixar de lado a sobrecarga da extremidade “sadia”, posto que também pode desenvolver a doença ou gerar incômodos de quadril pela diferença da altura a cauda da órteses.

FASE I OU DE FRAGMENTAÇÃO

Nesta fase, o pé tem um aspecto praticamente normal, ainda que já possa existir uma serie de câmbios visíveis radiologicamente (figura 1 e 2) como osteopenia, fragmentação periarticular, subluxação ou luxação articular ou aumento da frouidão ligamentosa; na maioria dos casos essas trocas passam inadvertidas ou recebem um diagnostico errôneo (gota, celulite, entorse, trombozes venosa profunda [TVP]) e, por consequência, recebem um tratamento inadequado.

Com isso se retarda o diagnostico correto e este fator comportara uma progressão da defor-



Fig. 2



Fig. 1

midade (figura 3) e complicações tardias importantes.

Durante esta fase, existe um aumento da temperatura dérmica devido ao aumento do fluxo sanguíneo á causa da denervação simpática das arteríolas, o qual também contribui a uma porosidade anormal do osso; agora é quando a deformidade pode-se desenvolver mais.

Nesta fase é primordial a imobilização e descarga das articulações.

Por isso estarão indicadas as órteses de descarga total (figura 4).



Fig. 3



Fig. 4

Em nossa Unidade utilizamos para a imobilização o Plasticcast, já que nos permite controlar e estabilizar a deformidade, na maioria dos casos, evitando sua progressão, assim como favorecer o repouso dos tecidos, diminuir o edema e impedir a ulceração.

A utilização precoce do Plasticcast é fundamental para a evolução do pé. Esta fase pode-se prolongar durante 2-3 meses ou mais se existe ulcera e infecção (figura 5). Alguns casos podem precisar estabilizações de caráter cirúrgico de entrada (figuras 6 e 6a).

FASE II, OU DE COALESCÊNCIA

Representa a etapa inicial da cicatrização, e nela a hiperemia e o edema quase não estão presentes.

Nesta fase tem que analisar se já é possível substituir o Plasticcast por um suporte plantar. Por isso, tem que conhecer se o pé segue com atividade ou não. Para isso, existem duas técnicas.



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 6a

A mais simples consiste em medir a temperatura dérmica com um termômetro laser (único sinal de inflamação quantificável, figura 7), na zona afetada comparando-o com o membro lateral (no mesmo lugar).



Fig. 7

Laser na Podologia



Faça como milhares de **PODOLOGOS (AS)** do Brasil e da América do Sul adquira um **EQUIPAMENTO** que faça a **DIFERENÇA!**

Os equipamentos da **Ecco Fibras** vem com todos os Registros necessários para garantir a Segurança e a Qualidade para com seus Clientes

REGISTRO
ANVISA

SELO
INMETRO

Veja algumas patologias onde o Laser tem total eficácia

- Onicomiose
- Onicocriptose
- Verruga Plantar
- Esporão de Calcâneo
- Pé Diabético
- Bolhas por Atrito
- Bicho Geográfico e muito mais!





Tratamento de Úlcera de Estase Venosa

Resultados em apenas 1 MÊS
de aplicação do Laser Vermelho



Casuística: Podólogo Ítalo Batista Ventura

Tratamento de Onicomiose

Onicomiose de 20 ANOS
utilização da (TFD)
terapia fotodinâmica



Casuística: Podólogo Elias Melo

Tratamento de Verruga Plantar

Tratamento realizado
em 3 Meses

Casuística: Podóloga Luiza de Suzano

**Ecco Fibras investe em tecnologia
com responsabilidade para inovar e
garantir o seu sucesso**

Quando a diferença entre o membro afetado e o sadio é maior de 2°C, descartando a possibilidade de infecção, é altamente sugerível de Charcot com atividade.

Quando a diferença de temperatura entre ambos os pés é menor ou igual a 2° C, pode-se interpretar como a finalização do período agudo e poderemos substituir o Plasticcast por um suporte plantar. Caso contrario, terá que repetir a medição ao final de umas 4 semanas, ate que se normalize.

O outro método, mais complexo e custoso, é a tomografia por emissão de pósitrons (PET, figura 8). Mediante esta técnica calcula-se a atividade do pé ou SUV (índice captação de lesão/doses/peso do paciente).

O valor de normalidade oscila entre 1,8 e 2,3.

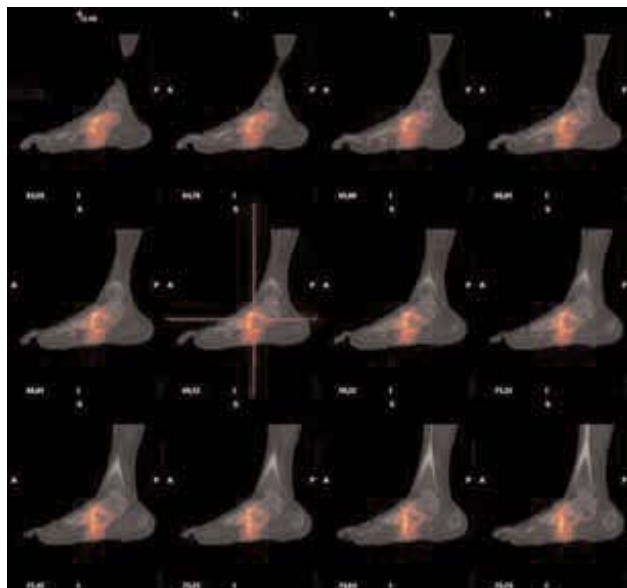


Fig. 8

FASE III OU DE RECONSTRUÇÃO

Já não existem sinais inflamatórios e o pé pouco a pouco vai progredindo para a estabilidade, o paciente quase realiza uma atividade normal (figura 9).

Neste período utilizam-se suportes plantares para contribuir com a estabilidade, evitar no possível o colapso ósseo e prevenir úlceras (figuras 10 e 11).

Como elaborar uma órtese para o pé de Charcot?

Para confeccionar uma órtese com a eficácia desejada para o pé de Charcot, já seja um suporte plantar ou um Plasticcast, devera cumprir-se uma serie de objetivos:

- Descarregar e isolar os pontos de pressão.
- Diminuir os impactos.
- Compensar estruturas articulares e ósseas.
- Proporcionar estabilidade.
- Substituir a almofadinha plantar.



Fig. 9

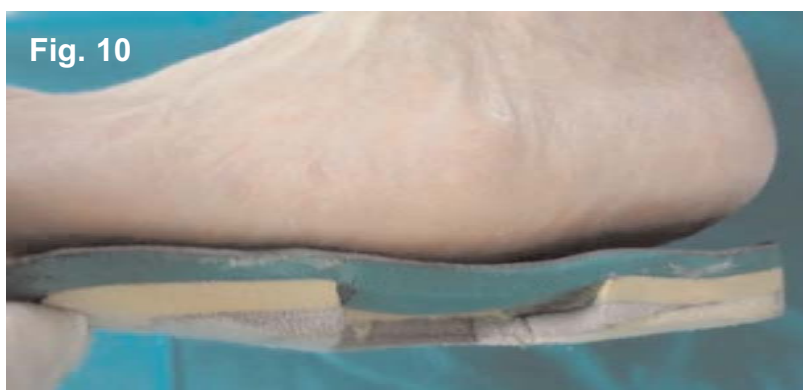


Fig. 10



Fig. 11

Órtese de descarga total: Plasticcast

O Plasticcast está indicado na fase aguda, com ulcera ou sem ela. As proeminências ósseas marcam-se como se fossem zonas com ulcera e realiza-se a descarga correspondente com feltros de 1 cm ou mais. A órtese se calçará com uma base inteira tipo Tovipie® longo ou calçado pós-cirúrgico (figura 12).



Fig. 12

Suportes Plantares

Estão indicados nas fases II e III, úlceras muito superficiais ou cicatrizadas.

Características: Gerais

- Confeccionados com materiais muito absorventes.
- Largura suficiente (pés muito deformados).
- Evitar a hipercorreção (arco interno e externo).
- Descargas amplas dos pontos de pressão.

Materiais para a confecção de suportes plantares

O controle biomecânico em pacientes de risco requer que os materiais sejam capazes de resistir as grandes deformidades, mas respeitando as características da sensibilidade alterada, edemas, fragilidade dérmica, ou ulcera. Por isso devemos conhecer principalmente as características dos materiais, suas propriedades físicas e usos biomecânicos. Devemos excluir os materiais rígidos sem nenhum grau de flexibilidade (figura 13).



Fig. 13

Sempre utilizar materiais flexíveis, com graus de elasticidade variáveis.

Em função da morfologia e da mobilidade articular de cada zona do pé, a flexibilidade será variável. Os parâmetros que se deve ter em conta e que determinam a rigidez e flexibilidade são a grossura, a densidade e a dureza do material. (veja "Revista Pie Diabético Digital N° 2").

Os materiais que utilizamos, permitem adaptar a flexibilidade desejada mediante a grossura, o polido e as capas do mesmo; desta forma temos em conta as trocas de volumem do pé, a fragilidade dérmica, os pontos de hiperpressão e as compensações biomecânicas já instauradas e irreduzíveis.

Para conseguir absorver a pressão e amortecelas, os materiais devem basear-se fundamentalmente nas propriedades da elasticidade e restituição, compressibilidade e flexibilidade. A absorção de impactos pode ser necessária em qualquer zona plantar e lateral do pé de Charcot e é o objetivo terapêutico mais presente na maior parte dos tratamentos ortopodológicos nestes pacientes.

A característica da compressibilidade é essencial nos pacientes de risco com edemas vasculares para evitar fricções e lesões por compressão nos momentos de máximo edema.

Como os edemas em pacientes de risco solem ser variáveis, a elasticidade do material e a restituição deste também terão grande importância.

Os materiais utilizados com todas estas propriedades e que cumprem estas características tem o inconveniente de que vão perdendo grossura, memória e elasticidade.

Devido á ação continua de cargas e impactos, acabam perdendo parte de suas propriedades e qualidades, por isso exigem uma revisão e uma renovação mais frequente.

Calçado

Diferentes estudos tem demonstrado à relação existente entre um calçado adequado e a redução do numero de lesões e recidivas.

Em consequência, utilizar um calçado apropriado é fundamental para o paciente diabético com perca sensorial e/ou deformidade, para



Fig. 15



Fig. 14

melhorar a estabilidade e conforto do paciente se utilizara um calçado com largura 16, fechadura de lycra e taco alto (figura 14).

A utilização de um calçado de taco alto ou de profundidade superior é para contra restar a elevação do calcâneo (figura 15), que, por afundamento do médio pé e a grossura do suporte plantar, faz com que o retro pé não fique bem fixado ao sapato.

Jordi Viadé Julià * - Jordi Carbó Perez **

**Fundación Rossend Carrasco i Formiguera.*

Barcelona

***Podólogo especialista en diabetes. Pamplona*

Materia extrída da

Revista Pie Dibético N° 13 - Octubre 2011

www.revistapiediabetico.com

BIBLIOGRAFÍA

Viadé, J; Huguet, T. Plasticcast www.revistapie-diabetico.com Octubre 2010

Carbó, J Propiedades y criterios de elección de materiales en la confección de soportes plantares para pacientes de riesgo. www.revistapiediabetico.com febrero 2008

Viadé J. Pie diabético: Guía práctica para la evaluación diagnóstico y tratamiento Madrid: Editorial médica Panamericana 2006.

Fractures associated with neuropathic arthropathy in adults Who have juvenile-onset diabetes. Clohisy DR, Thompson, RC Jr: *J Bone Joint Surg Am* 70(8):1192-1200

The diabetic foot Marvin E. Levin, Lawrence W. O'Neal, John H. Bowker, Michael A. Pfeifer

The diabetic foot Lee C. Rogers, Vincent J. Mandracchia - 2008

NEUROPATIA DE CHARCOT. Jordi Asunción, Paula Andrea Valcárcel, Daniel Poggio. Unidad de Pie y Tobillo. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. www.revistapiediabetico.com junio 2011.

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.**



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



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



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

Onicomicoses - Onicomicosis

Classificação por sua localização ou aparência na lâmina ungueal
 Clasificación por su localización o apariencia en la lamina ungueal

Causas: Dermatofitos (filamentosos FFD / ou filamentosos FFD?) ou leveduras
 Dermatofitos (filamentosos FFD / ou filamentosos FFD?) e leveduras

Distal, Lateral, Proximal, Subungual lateral, Subungual proximal, etc.

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Vista Dorsal, Vista Plantar

1 Calcâneo / Calcáneo, 2 Talus / Talus, 3 Navicular / Navicular, 4 Cuneiformes / Cuneiformes, 5 Metatarsais / Metatarsais, 6 Phalanges / Falanges, etc.

Salto Alto - Taco Alto

43%, 57%, 43%, 25%, 75%, 10%, 90%

REFLEXOLOGIA PODAL

1 Cabeça / Cabeza, 2 Coração / Corazón, 3 Pulmões / Pulmónes, 4 Estômago / Estómago, 5 Fígado / Hígado, 6 Baço / Bazo, 7 Pâncreas / Páncreas, 8 Vesícula / Vesícula, 9 Intestino delgado / Intestino delgado, 10 Intestino grosso / Intestino grueso, 11 Urina / Orina, 12 Testículos / Testículos, 13 Ovarios / Ovarios, 14 Glândulas / Glándulas, 15 Tireoide / Tiroides, 16 Tireoide / Tiroides, 17 Tireoide / Tiroides, 18 Tireoide / Tiroides, 19 Tireoide / Tiroides, 20 Tireoide / Tiroides, 21 Tireoide / Tiroides, 22 Tireoide / Tiroides, 23 Tireoide / Tiroides, 24 Tireoide / Tiroides, 25 Tireoide / Tiroides, 26 Tireoide / Tiroides, 27 Tireoide / Tiroides, 28 Tireoide / Tiroides, 29 Tireoide / Tiroides, 30 Tireoide / Tiroides, 31 Tireoide / Tiroides, 32 Tireoide / Tiroides, 33 Tireoide / Tiroides, 34 Tireoide / Tiroides, 35 Tireoide / Tiroides, 36 Tireoide / Tiroides, 37 Tireoide / Tiroides, 38 Tireoide / Tiroides, 39 Tireoide / Tiroides, 40 Tireoide / Tiroides, 41 Tireoide / Tiroides, 42 Tireoide / Tiroides, 43 Tireoide / Tiroides, 44 Tireoide / Tiroides, 45 Tireoide / Tiroides, 46 Tireoide / Tiroides, 47 Tireoide / Tiroides, 48 Tireoide / Tiroides, 49 Tireoide / Tiroides, 50 Tireoide / Tiroides, 51 Tireoide / Tiroides, 52 Tireoide / Tiroides, 53 Tireoide / Tiroides, 54 Tireoide / Tiroides, 55 Tireoide / Tiroides, 56 Tireoide / Tiroides, 57 Tireoide / Tiroides, 58 Tireoide / Tiroides, 59 Tireoide / Tiroides, 60 Tireoide / Tiroides, 61 Tireoide / Tiroides, 62 Tireoide / Tiroides, 63 Tireoide / Tiroides, 64 Tireoide / Tiroides, 65 Tireoide / Tiroides, 66 Tireoide / Tiroides, 67 Tireoide / Tiroides, 68 Tireoide / Tiroides, 69 Tireoide / Tiroides, 70 Tireoide / Tiroides, 71 Tireoide / Tiroides, 72 Tireoide / Tiroides, 73 Tireoide / Tiroides, 74 Tireoide / Tiroides, 75 Tireoide / Tiroides, 76 Tireoide / Tiroides, 77 Tireoide / Tiroides, 78 Tireoide / Tiroides, 79 Tireoide / Tiroides, 80 Tireoide / Tiroides, 81 Tireoide / Tiroides, 82 Tireoide / Tiroides, 83 Tireoide / Tiroides, 84 Tireoide / Tiroides, 85 Tireoide / Tiroides, 86 Tireoide / Tiroides, 87 Tireoide / Tiroides, 88 Tireoide / Tiroides, 89 Tireoide / Tiroides, 90 Tireoide / Tiroides, 91 Tireoide / Tiroides, 92 Tireoide / Tiroides, 93 Tireoide / Tiroides, 94 Tireoide / Tiroides, 95 Tireoide / Tiroides, 96 Tireoide / Tiroides, 97 Tireoide / Tiroides, 98 Tireoide / Tiroides, 99 Tireoide / Tiroides, 100 Tireoide / Tiroides

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Face posterior, Face medial, Face lateral

Classificação Morfológica dos pés / Clasificación morfológica de los pies

SISTEMA MUSCULO-VASCULAR

Calosidade e Tipos de Calos - Callosidad y Tipos de Callos

Calosidade: região ampla de pressão - Callosidad: región amplia de presión
 Calo: ponto específico de pressão - Callo: punto específico de presión

Calosidade / Callosidad, Calo / Callo, etc.

Email: revista@revistapodologia.com - Tel.: #55 - 19 - 3365-1586 - Campinas - SP - Brasil
 A venda no nosso Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com
 Envios desde o Brasil para todo o mundo