

revistapodologia .com

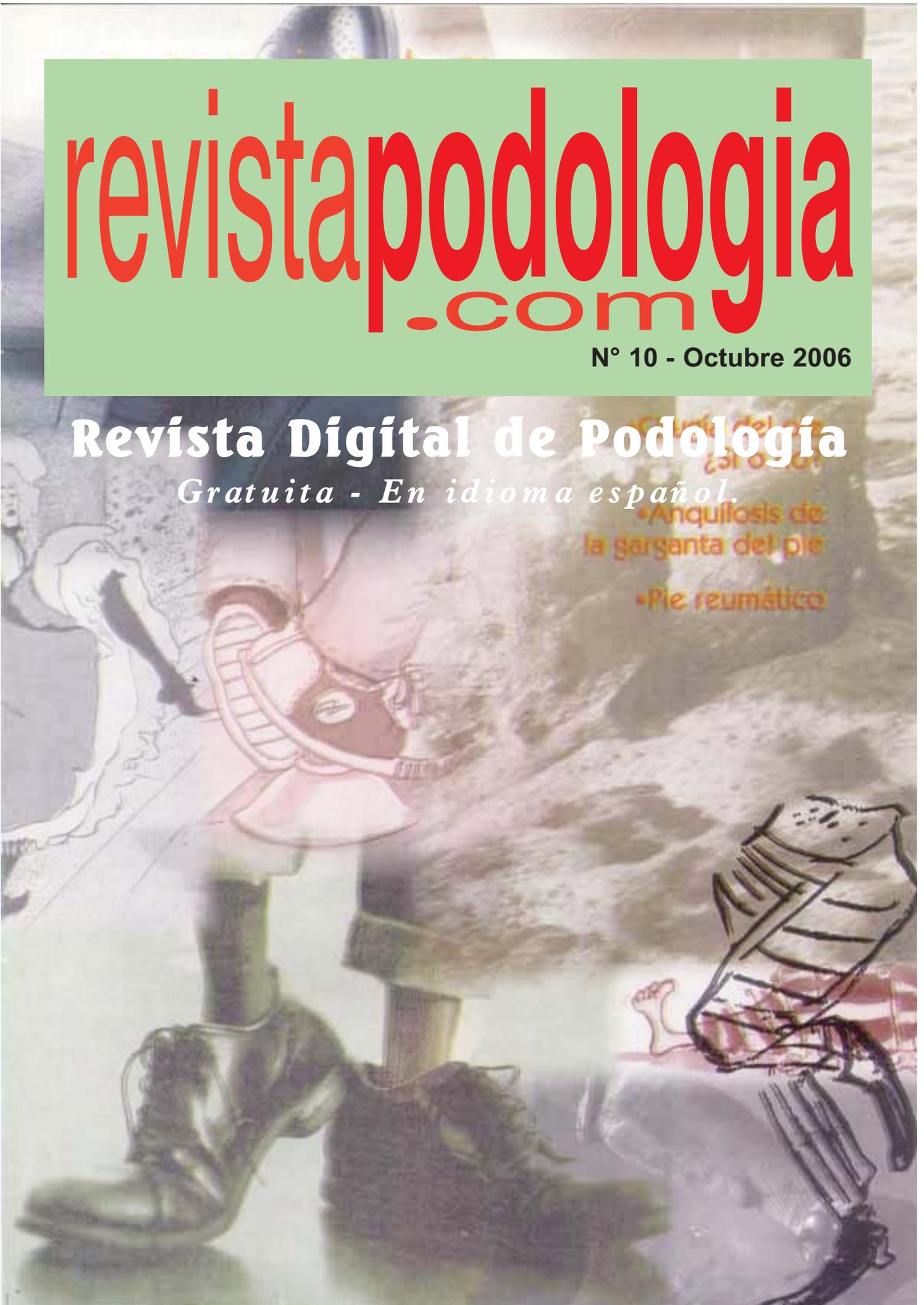
Nº 10 - Octubre 2006

Revista Digital de Podología

Gratuita - En idioma español.

• Anquilosis de la garganta del pie

• Pie reumático





Instrumentais podológicos finos e produtos inovadores para o ramo da saúde dos pés, para fazer intervenções mais simples e eficazes.

Telfax: (#55-11) 3906-0273 / 3909-7519 - São Paulo - Brasil



Inst. p/ Manicures



Tesouras, mathie, castroviejo, pinças, etc.



Dapen inox



Bandejas Inox

Cabos para lâminas descartáveis



Estamos cadastrando distribuidores. Telfax: (#55-11) 3906-0273 / 3909-7519 - thimon@uol.com.br

revistapodologia .com

revistapodologia.com n° 10
Octubre 2006

Directora científica
Podologa Márcia Nogueira

Director comercial: Sr. Alberto Grillo

Colaboradores de esta edición:

Dr. Rafael Moncho. **Argentina.**

Dr. Alejandro Pedrazzoli. **Argentina.**

Dra. Edith Rhys. **Argentina.**

Lic. Beatriz Brignole de Rodrigues.
Argentina.

Pdga. Marcia Nogueira. **Brasil**

Pdga. Patricia Salerno. **Argentina.**

Pdgo. Amleto Lanna. **Italia.**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 24.

Tapa: tapa da Revista Podologia
Argentina n° 1 - Outubro de 1995.

ÍNDICE

Pag.

5 - Pie diabético. Prevención y tratamiento.

9 - Pies de loto.

11 - Anquilosis de la garganta del pie en síndrome
postrombótico ulcerado.

21 - Presentacion de diferentes patologias del pie.

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.

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

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

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

Linha Ureadin de Hidratantes

Hidratação Efetiva

- Para peles que necessitam de maior hidratação.
- Ação descamativa, antipruriginosa e antiinflamatória.^{1,2}
- Aroma suave e agradável.
- Controle da pele seca nos pés diabéticos.³



Referências - 1. Raab W. Biological functions and therapeutic properties of urea. J. App. Cosmetol 1997; 1:115-123 (Oct-Dec1997). 2. Swanbeck G. Urea in the treatment of dry skin. Acta Derm Venereol Suppl (stockh). 1992; 177:7-8. 3. Pham HT et al. A prospective, randomized, controlled double-blind study of a moisturizer for xerosis of the feet in patients with diabetes. Ostomy Wound Manage. 2002 May; 48(5):30-6.

Minibula

Ureadin uréia loção 10% 0,1g/mL; creme 20% 0,2g/g. **Indicações:** emoliente e hidratante tópico para o tratamento da pele seca e áspera, hiperqueratose, ictioses (palmar e plantar) e eczemas. Ureadin 20 tem ação queratolítica e pode ser usado em calosidades e áreas rugosas de mãos, cotovelos, joelhos e pés. **Contra-indicações:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **Reações adversas:** pode ocorrer vermelhidão ou irritação local (caso ocorra, interromper o uso). **Precauções:** exclusivamente para uso externo; não permitir contato com os olhos ou utilizar nas áreas próximas a estes (caso isso ocorra, lavar com bastante água); evitar contato com mucosas; não aplicar sobre áreas com fissuras ou lesões, para evitar ardência (caso isso ocorra, interromper o uso). **Interações medicamentosas:** não há relatos, desde que utilizado de maneira tópica e adequada. **Posologia:** aplicar uniformemente sobre áreas ressecadas da pele, 2 a 3 vezes ao dia. **USO PEDIÁTRICO OU ADULTO.** Registro no MS.: 1.0181.0385 / 1.0181.0419. **SIGA CORRETAMENTE O MODO DE USAR. NÃO DESAPARECENDO OS SINTOMAS, PROCURE ORIENTAÇÃO MÉDICA.** Material destinado à profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.

 ISDIN

 Medley

 S.I.M.
0800 130665
www.medley.com.br

Pie Diabético. Prevención y Tratamiento.

Podólogo Amleto Lanna. Italia.

Generalmente los podólogos pueden actuar más y mejor que cualquier otro especialista en la materia que les concierne a quien se presenta con cuadros ya declarados. Tomemos por ejemplo a los médicos especialistas en diabetes, los diabetólogos.

Ellos saben tratar con maestría el dismetabolismo de base, tarea admirable y no siempre sencilla.

Su atención se localizará en el campo de la prevención, en problemas de amplio espectro, pero al mismo tiempo, inevitablemente prestarán poca o ninguna atención a la naturaleza de un espesamiento de la piel (epidermis) del pie. Probablemente por boca de ellos jamás nos enteraremos si una determinada lesión debe ser atribuida a un tiloma, a una callosidad, o a una verruga en vez que a una posible queratodermia.

Probablemente los clínicos y los diabetólogos ni siquiera hayan observado los pies, a menos que no sea el mismo paciente quien los introduzca en ello al sentir los síntomas muy precisos, en los miembros inferiores.

Lamentablemente cuando esos síntomas son tan evidentes como para inducir el enfermo a hablar con el médico; si de prevenir se trata, estamos llegando con demasiado atraso.

Lo mismo vale para el dermatólogo o para el cirujano vascular a los que se dirijan los pacientes con úlceras plantaras o mal perforante plantar ya instaurado, para no hablar del traumatólogo, a quien correspondería la prevención y el tratamiento del arco del pie vencido (pie plano) o de las mutilaciones del pie.

Estadística C.I.P. (1994)
Sociedad Internacional de Medicina y Cirugía del Pie: Solamente el 12% de los médicos miran los pies de los pacientes diabéticos
Dr. John F McDermentt (USA)

Quizás algún día en esta revista algún traumatólogo se decida a tratar este tema visto desde la óptica de la traumatología.

Conociendo su vasta competencia en la materia y su alto grado de actualización en el tema, podría aportarnos mucho material de estudio.

Mis palabras no pretenden ser un desafío, sino una amable invitación para una podología profesional y racional, una actividad operativa y sani-

taria reconocida en casi todo el mundo.

¿Cuáles y cuántas son entonces las posibilidades del podólogo? Innumerables.

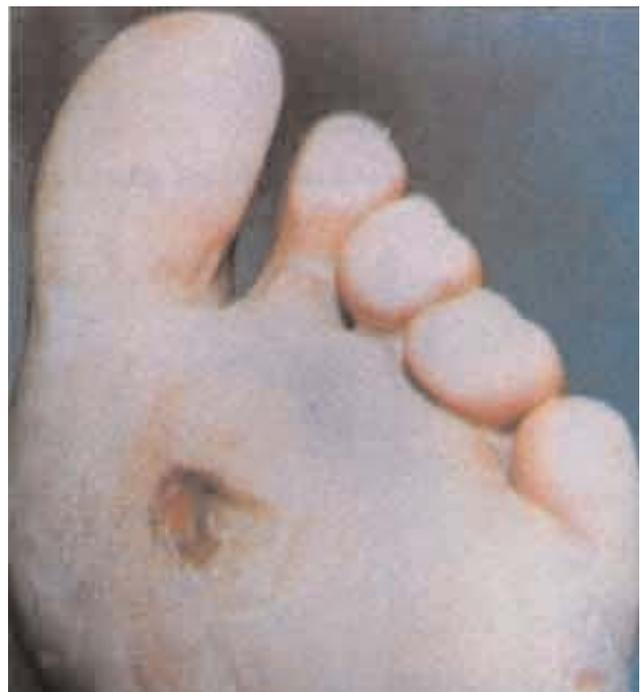
Porque únicamente el podólogo tiene la oportunidad durante una sesión -en la cual es fácil entablar un diálogo cordial con el paciente- de notar mil detalles y de saber observar con ojo crítico el pie de las personas que gozan de buena salud o que creen gozar de buena salud y que padecen alguna enfermedad.

Como es sabido, la diabetes se caracteriza por tener un inicio engañoso, frecuentemente falaz. Los primeros síntomas pueden ser incluso motivo de satisfacción. Otros síntomas en cambio, son dejados frecuentemente de lado por el enfermo. Otros en fin, son callados a propósito, cuando no removidos por pudor en el subconsciente. Pudor frente a los demás y frente a uno mismo.

SINTOMAS TIPICOS

Incremento del apetito
Sensación de cansancio - Sed intensa
Prurito generalizado
Disminución de la libido

Nadie se quejará por ejemplo de su apetito (dirá: tengo cincuenta años y tengo más hambre que cuando tenía veinte).



Nadie le dará importancia a esa sensación de cansancio cuya naturaleza no puede ser precisada (será el calor, será la primavera, trabajo demasiado, la ciudad provoca stress, etc.)

Y quien se preocupará por el deseo de beber cada vez con mayor frecuencia, una copa tras otra de inocente agua? (Bebo mucha agua, el agua hace bien, depura el organismo, lo dijeron en la televisión, mantiene la piel más elástica). O ¿quien acepta de buen grado que se levanta tres o cuatro veces por la noche para orinar o por un irrefrenable prurito genital?

Y nadie, repito, nadie absolutamente nadie, revelará espontáneamente a los demás que, fogoso amante hasta poco tiempo antes, nota ahora una gran indiferencia hacia el sexo, no admitiéndolo ni siquiera para sí mismo (tengo demasiadas cosas en la cabeza, ya se me pasará).

El podólogo puede y debe intervenir justamente en estos casos, con estas personas, es decir que cuando durante una cita podológica se entera de boca de su paciente, incluso de pura casualidad, de este tipo de noticias, aparentemente banales.

Noticias que, llegado a este punto, el podólogo tiene el deber de profundizar, orientar y evaluar. Máxime cuando estas simples pistas coinciden con la existencia de algún síntoma objetivo que despierte sospechas. Todas las informaciones

que haya obtenido deberá estudiarlas y si considera necesario, generalmente lo es, sugerir con tacto, la necesidad de un análisis de orina, o mejor aún, de una glucemia.

Todo esto puede suceder en el curso de una amable conversación entablada durante los treinta minutos, como mínimo, que debe durar la consulta podológica hecha a conciencia.

El trabajo de prevención del podólogo consiste, como hemos dicho, en recoger datos, pero fundamentalmente en la evaluación clínica de los eventuales síntomas coincidentes. Es más, a partir de este momento, la prevención mas que sobre la agudeza psicológica, deberá basarse en la preparación profesional del podólogo.

Quisiera recalcar de colega a colega, algo que considero de gran importancia: tengan siempre presente que una piel seca o xerodérmica, una descamación, una sensación de prurito, una queratodermia más o menos circunscripta, una onicodistrofia, pueden estar revelando otras cien afecciones que nada tienen que ver con la diabetes.

Corresponderá a nuestra buena preparación y a nuestra innata capacidad de análisis y de síntesis, entender cuando una queratodermia circunscripta es solo una simple verruga plantar, o que la onicodistrofia que se nos presenta ha sido provocada por un calzado inconveniente, que la descamación que vemos es psoriasis, etc. Más aún,



EL ESTETICISTA



elesteticista@suavepie.com

				
Aductor Nocturno	Pedígrafo	Gel Polimérico	Arandelas y Parches	Moleskin
				
Alicates	Compensador Estadina	Cosmética Pédica	Soportes de Cuero	Descargas y Complementos

Distribuidor en toda la Argentina de Suavepie-Juvelets...y mas de 300 articulos

Para Comercio Exterior haga su consulta en suavepie@suavepie.com

si el paciente no sufre de bulimia, polidipsia, poliuria, nicturia, cansancio o astenia sexual.

¿Cuáles son entonces los síntomas que, en coincidencia con antecedentes que despierten sospechas, deben llamar la atención del podólogo?

Antes que nada el prurito, la picazón. Ya sea que esté localizado o que sea generalizado, puede constituir uno de los síntomas más sugestivos y precoces de la diabetes.

PRURIDO GENITAL

Glucemia > de 160 mg: Supera el límite de reabsorción renal = glucosuria

Sobre el prurito genital en particular, quisiera recordarles al prurito primario y sobre todo a aquel que deriva de la sobreposición de una candida. La candidiasis genital efectivamente, es una manifestación muy común cuando el porcentaje glucémico alcanza valores tales (generalmente superiores a 160 mg) que superan el límite renal de eliminación de glucosa. En estos casos la glucosa emitida con la orina, en contacto con el aire se acidifica. La consiguiente reducción del pH, el establecimiento de la candida en las mucosas genitales: aparecen entonces áreas en enrojecimiento y de intenso prurito.

En efecto, no es raro que un dermatólogo, en presencia de una balanopostitis o candida pregunte a su paciente si tiene mucho apetito, mucha sed, etc. De esta manera, nuestros amigos dermatólogos desenmascaran no pocos casos de diabetes, aun no diagnosticados.

5 DE CADA 100 PERSONAS SON DIABÉTICOS. DE ELLAS, LA MITAD NO LO SABE

El podólogo ejercita una profesión mucho más discreta y reservada, pero siempre tiene la posibilidad de realizar algunas preguntas, en forma delicada con el mayor tacto. De esta manera quizá podrá anticipar un diagnóstico que con una visita ya prevista pero aún no realizada al dermatólogo, o con un análisis clínica al que se inducirá al paciente, podrá ser confirmada. Esto si es prevención !

Digamos además que ése es el momento de sugerir al paciente una pronta visita al oculista para prevenir el desarrollo de la temible retinopatía diabética, que de no ser tratada a tiempo puede llevar incluso hasta la ceguera.

Otro de los síntomas que nos deben hacer sospechar son las llamadas perturbaciones del trofismo de la piel y de los anexos cutáneos. Entre éstos recordaremos por un lado, el empasta-

miento de los tejidos y los edemas; y por el otro la xerosis y la descamación de la piel de la pierna y del pie.

Al menos el 35 % de los diabéticos presenta un grado de neuropatía*

Artropatía neuropática es común a diversas enfermedades:

La más común es la diabetes.

***Frecuentemente con aparición de dedos en garra (desequilibrio motor).**

Pero también recordemos la disminución de la sudoración (transpiración), el adelgazamiento primero, y más tarde la caída del vello y la onicodistrofia orientada hacia el espesamiento de las láminas que, en algunos casos puede alcanzar el aspecto típico de la onicogriposis.

TRATAMIENTO DE ULCERAS PLANTARES

-La escisión primaria y repetida del callo causa de la úlcera.

-Crear soportes plantares de descarga-úlcera.

-Cuidadosa higiene cotidiana con productos orgánicos utilizando agua fría y tibia alternadas.

Un poco más tarde aparecen las manchas queratósicas más o menos circunscriptas en la planta. Estas pueden llegar a tener aspecto decididamente hiperqueratósico, sobre todo en las zonas cutáneas sujetas a mayor roce con el calzado, o en el caso de pacientes inmovilizados en las



Úlceras neuropática

zonas de roce con las sábanas.

Muchas veces coexisten con estos fenómenos, en esta fase, perturbaciones en la sensibilidad periférica del miembro (la conciencia, no del todo precisa de parte del paciente de la posición del miembro), la asunción de posiciones anómalas del pie, cuando se está erguido y, más tarde, la aparición de puntos inusuales de roce al caminar.

Estas molestias provocadas por la neuropatía diabética, comprometen posteriormente el tropismo de la pierna. En otras palabras, se produce un verdadero círculo vicioso. Las áreas queratósicas, forzadas muy seguido por maniobras intempestivas, terminan por despegarse. Surgen entonces las úlceras plantaras.

El cuadro se ha declarado.

Llegados a este punto ya no se puede hablar de prevención primaria, pero no obstante, el trabajo del podólogo aún no ha llegado a su fin.

Es este el momento, por ejemplo, de invitar al paciente a consultar a un dermatólogo, a un cirujano vascular, un neurólogo, un flebólogo y a un traumatólogo, equipo médico éste siempre en estrecho contacto con el podólogo y viceversa.

EQUIPO DE TRABAJO
Diabetólogo - Dermatólogo
Cirujano vascular - Neurólogo
Flebólogo - Traumatólogo

Todo esto antes de que aparezcan las superposiciones bacterianas, las linfangitis, las flebitis y las graves deformaciones de la fase terminal del proceso que caracterizan el famoso "pied carre".

Me refiero específicamente al vencimiento del arco plantar, a la subluxación del escafoides, a la osteolisis y a las mutilaciones. Todo esto puede y debe saber hacerlo el podólogo en el campo de la prevención y de los primeros tratamientos de la afección.

Y esto, colegas, no me parece que sea poca cosa. Casi siempre será mucho más que lo que pueda hacer más tarde un especialista, llamado al lecho del enfermo, para tratar su pie diabético declarado.

ELTABACO
Reduce la circulación
periférica + / - en un 50%
Mata un pie diabético

Los especialistas tienen armas muy válidas seguramente, pero los resultados generalmente son poco entusiasmanes y muy lentos.

El pie diabético es el ejemplo clásico en el que la prevención es más importante que el tratamiento.



Pequeñas úlceras isquémicas distales

Recordémoslo.

Existe de cualquier manera una prevención posterior que busca evitar ulteriores complicaciones y existen también terapias locales y generales.

La prevención en esta fase avanzada de la enfermedad, se funda en la gimnasia vascular, consistente incluso en simples baños tibios y fríos alternativamente y en la aplicación aséptica racional, no irritante ni sensibilizantes, capaz de prevenir infecciones secundarias provocadas por los más variados microorganismos.

El 50% de los grandes amputaciones
de miembros inferiores son
efectuados en pacientes diabéticos.
Las complicaciones renales y
cardiovasculares son causa de
aproximadamente el 75% de las
muerdes en estos pacientes.

En algunos casos podrán adaptarse incluso ciclos de antibioticoterapia por vía general.

Sin dudas serán útiles los fármacos llamados vasoactivos y miocardiocinéticos, pero, obviamente el nudo de la terapia médica se basa en el tratamiento de la diabetes.

Que no siempre es sencillo.

Numerosos investigadores europeos han llegado a declarar que pasados más de cincuenta años desde el descubrimiento de la insulina, (1922) tanto la naturaleza como la causa exacta de la diabetes son aun un tanto vagas y, en consecuencia, el tratamiento no es del todo satisfactorio.

La acción de la prevención de la diabetes hecha en casi toda Europa, Norteamérica y una parte de Sudamérica, por nuestros colegas podólogos, está dando lenta pero progresivamente una contribución importante al servicio sanitario en la prevención de las mutilaciones de los miembros inferiores y en el desenmascaramiento de esta enfermedad tan difundida socialmente. □

Pies de Loto.

Podóloga Márcia Nogueira. *Brasil.*

Transformar la imagen del cuerpo expresa tanto veneración como la cultura de un pueblo.

La costumbre de modificar radicalmente el cuerpo en busca de una nueva estética, también llamado "Body modification", no es apenas un ideal primitivo, esto se perpetua hasta los tiempos modernos.

Es impresionante e inexplicable como la mujer a través de los tiempos y en la mayoría de los casos es siempre el foco principal para calcar la cultura de los pueblos a la que pertenece, sea física o psicológicamente.

Solamente, como ejemplo, tomemos algunos casos: la mutilación de los genitales de las mujeres musulmanas, las mujeres jirafas de Birmania, la preferencia incondicional por el hijo hombre de los chinos y japoneses, los pies de loto de las mujeres chinas, entre otros.

Vamos a atenernos al caso de las mujeres chinas, donde la propia implantación cultural hizo con que las mujeres se sintiesen inferiores, por no tener sus órganos modificados y lo peor, psicológicamente sumisas a una cultura impuesta, en la obligación de agrandar, aceptaban todo con humildad y resignación.

Los miembros que fueron sujetos a tal modificación fueron nada mas que los propios pies de las chicas chinas, los responsables por el ir y venir dependiendo de la voluntad de quien los poseía, o sea, hubo intención explícita de limar la esencia, la libertad de movimientos. Quedo para la propia mujer, en nombre de lo "bello y femenino", preparar su cárcel para el resto de sus vidas.

Esta técnica de vendaje en los pies fue impuesta por lo menos a 4,5 millones de mujeres en los últimos 1000 años. Al ser vendados los pies eran quebrados, una piedra era colocado sobre cada uno de ellos para que no vuelvan a la posición normal y los dedos eran quebrados para adentro para que así los pies no tuvieran mas de 8 cm de largo. Era común que algunos de los dedos gangrenaran y tenían que ser amputados.

Los pies de loto tenían una clasificación: loto de Oro hasta 7,5 cm, de Plata hasta 10 cm, y de Hierro para los de más de 10 cm. Este procedimiento era hecho en chicas a partir de los 5 o 6 años para que los pies tuvieran la forma de un lirio. Esta deformación era profunda e irreversible.



Por motivos eróticos, tener los pies en forma de lirio era seguridad de suceso amoroso y matrimonial, el andar inestable debido a la dificultad para caminar era sinónimo de gracia y belleza.

El pequeño loto era atributo de mujeres de clase alta social, lo que no impedía a las mujeres del campo que hicieran lo mismo con sus hijas sin tener la seguridad de obtener un casamiento, y lo peor era que si no lo conseguían, ellas tenían que seguir trabajando en el campo sufriendo dolores horribles.

Los pies pequeños eran fetiche para los hombres, que asociaban la flor al órgano genital femenino. También representaba sumisión y clausura. Por dar pequeños pasos las mujeres se tornaban frágiles y dependientes, sin autonomía de movimientos.



Estas mujeres iban tornándose deficientes físicas a medida que el tiempo pasaba ya que los pies no tenían fuerzas para aguantar el



peso del cuerpo.

Esta costumbre tuvo inicio en el palacio del último rey de la dinastía Tang (923-936 DC) y fue erradicada en 1911 por el emperador de la Manchuria, de la dinastía Qing (1644-1911). Igualmente fueron encontradas en áreas remotas de las montañas mujeres con pies de lirios hasta en 1949. En 1998, Mao Tse Tung cerró la última fábrica de este tipo de zapatos.

Las mujeres con más de 70 años son las representantes vivas de esta cultura mutiladora, una cultura del dolor.

Curiosidades

Hoy en día cuando hablamos de Flor de Loto, sabemos que es conocida como Loto Sagrado o Loto de la India. Una planta de la familia de las ninfáceas, misma familia de la Victoria Regia. Es vista con respeto y veneración y esta frecuentemente asociada a Buda.

La plástica Maria Cheung retrata en sus esculturas esta mutilación con intensa fuerza simbólica en el sitio:

http://www.artenauniversidade.ufpr.br/muvi/artistas/m/maria_cheung/maria_cheung.htm
Vale la pena ver



El fotógrafo chino Li Nan participo de la exposición de mayor suceso de China con su trabajo hecho con fotos (algunas ilustran esta materia) sobre el Pie de Loto, por sentirse perturbado por el sufrimiento de su abuela. ☐

Fuente: Pesquisa y fotos retiradas de internet

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFEÇÕES!

HomeoPast

O tratamento com HomeoPast além de preventivo, elimina asperezas e fissuras já existentes.

RESULTADOS SURPREENDENTES!

O Legítimo Creme para Fissuras!

Altamente Hidratante e Cicatrizante
Contém Extratos de Plantas Medicinais

Mantém os pés sempre lisinhos
Ideal no tratamento de fissuras (principalmente calcanhar). Hidrata a pele de regiões ressecadas, como cotovelos, mãos e pés.

Um descanso para os pés!

Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.
Distribuídos por: **HomeoMag** PODLOGIA ESTÉTICA

Telefax.: (0**11) **6163-5363 • 6215-0070**
www.homeomag.com.br
atendimento@homeomag.com.br

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL

HomeoFeet
Protetor para hidratação
Novidade!

Tenha todos os nossos produtos em sua clínica!

Loção Emoliente Hidratantes com Cera de Abelha e Silicone Gel Hidratante Calmante Creme para Fissuras Amolecedor de Cutículas Loção Hidratante c/ Mentol

Novidade!

PONTOS DE VENDA PARA PROFISSIONAIS Belo Horizonte/MG: Podoplus (31) 3292-8507 Campinas/SP: CAP (19) 3237-5396 Campo Grande/MS: Prisma Cosméticos (67) 3384-2355 Curitiba/PR: Casa Costa (41) 3016-1141 Florianópolis/SC: Wed (48) 3224-1626 Fortaleza/CE: SR Bastos (85) 3226-7492 Porto Alegre/RS: D&D (51) 3227-6767 Rio de Janeiro/RJ: Podoplus (21) 2254-1394 Santo André/SP: Podoplus (11) 4972-3857 São Paulo/SP: Metalúrgica Freitas (11) 3672-2469 / Podoshopping (11) 5562-9053 / Podomel (11) 3106-3152

Anquilose de la Garganta del Pie en Síndrome Postrombótico Ulcerado.

Dres. Rafael Moncho e Alejandro Pedrazzoli, Flebólogos.

Dra. Edith Rhys e Lic. Beatriz Brignole de Rodrigues, Fisioterapeuta. **Argentina.**

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades venosas de los miembros inferiores encierran un profundo contenido socioeconómico ya que, con su largo cortejo de síntomas y complicaciones, reducen a un apreciable porcentaje de la población a un grado de invalidez relativa o total.

Los pacientes portadores de un síndrome postflebítico complicado con úlcera y aún, lo que es más grave, con una anquilosis de las articulaciones de la garganta del pie, subastragalina y mediotarsiana son enfermos relegados, a los cuales se le ha realizado algún tratamiento, pero habiendo fracasado quedan tildados como dolientes crónicos sin perspectivas de curación. Pues bien, la mayoría de ellos son curables cuando más precozmente se les beneficie con un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado. En los casos muy avanzados los esfuerzos mancomunados del flebólogo, del podólogo y del fisioterapeuta permitirán al paciente sobrellevar la afección con menos sufrimiento y un grado menor de invalidez.

ANATOMÍA NORMAL, DESCRIPTIVA Y TOPOGRÁFICA DE LA ARTICULACIÓN DE LA GARGANTA DEL PIE.

Una articulación es la unión entre dos o más huesos próximos a través de partes blandas y duras.

Desde Galeno se conoce a las articulaciones móviles con el nombre de "diartrosis", como es el caso de la articulación de la garganta del pie, la cual une la pierna con el pie.

Tres huesos contribuyen a formar esta articulación: por parte de la pierna la "tibia" y el "peroné", y por otra parte del pie el primer hueso del tarso, o sea el "astrágalo".

En la diartrosis de la garganta del pie se consideran:

1) SUPERFICIES ARTICULARES

Esqueleto de la articulación.

A) Por parte del pie: la cara superior del astrágalo, convexa en sentido anteroposterior y cóncava transversalmente.

Representa una tróclea o polea construida por:

-la garganta dirigida de delante atrás y un poco de fuera a dentro.

-dos vertientes desiguales: la interna más estrecha y la externa más ancha, inclinadas ambas hacia la garganta.

-un borde interno redondeado.

-un borde externo más fino y más alto que el precedente. Dicho borde en su parte posterior se ensancha para formar una carilla triangular.

La polea astragalina es más larga que ancha.

Su amplitud va en disminución de la parte anterior a la posterior. Por los lados, la superficie articular de la polea astragalina se continúa con otras dos carillas orientadas éstas en sentido sagital que ocupan una, la cara interna y la otra, la cara externa del astrágalo. De estas dos carillas laterales la externa cóncava de arriba abajo, tiene la forma de un triángulo de base superior, y la interna, menos elevada que la externa y prolongada de delante atrás, reviste la forma de una coma o vírgula, con la cabeza dirigida hacia adelante.

En estado fresco la polea astragalina y las dos carillas laterales que la continúan están cubiertas por una capa de cartílago hialino. En la polea, esta capa cartilaginosa de revestimiento de incrustación, tiene su mayor grosor en la garganta y en la vertiente interna en donde mide dos

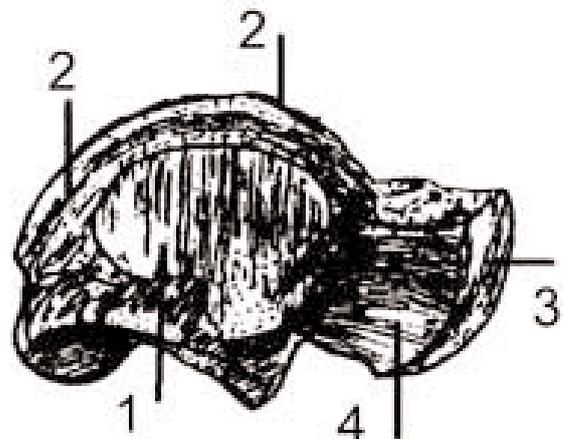


Fig. 1: Astrágalo. Cara externa. 1. Carilla triangular, articular para el maléolo externo. 2. Polea astragalina. 3. Cabeza. 4. Cuello.

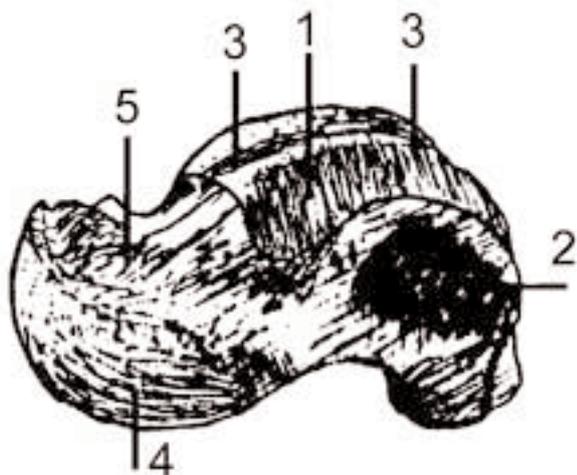


Fig. 2: Astrágalo. Cara interna. 1. carilla para el maléolo interno. 2. superficie rugosa para la capa profunda del ligamento lateral interno. 3. polea. 4. cabeza. 5. cuello.

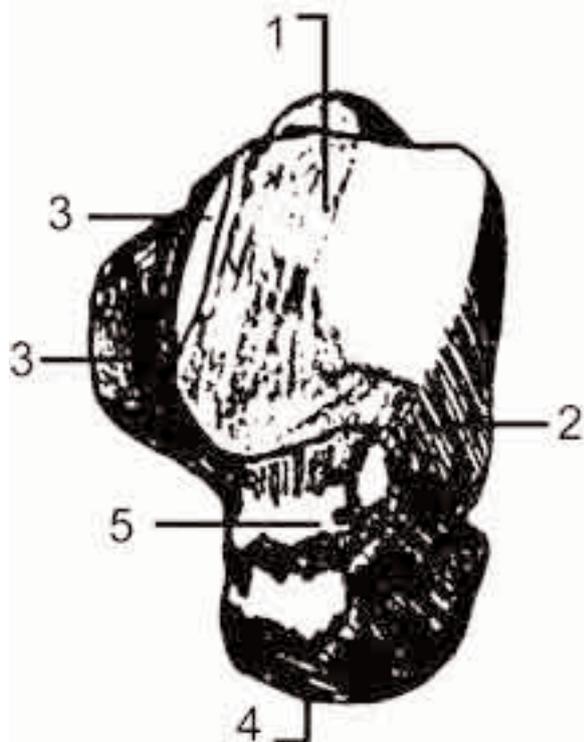


Fig. 3: Astrágalo. Cara Superior. 1. polea para la tibia. 2. carilla articular para el maléolo interno. 3. carilla articular para el maléolo externo. 4. cabeza del astrágalo. 5. cuello.

milímetros de espesor; en la vertiente externa su espesor no pasa de 1.5 milímetros. Este cartílago de revestimiento mantiene por función evitar el roce o choque entre las superficies articulares óseas.

Cuando mayor es la presión que han de soportar las superficies articulares, tanto más grueso es el cartílago. Una de las superficies adhiere íntimamente al hueso subyacente. La superficie

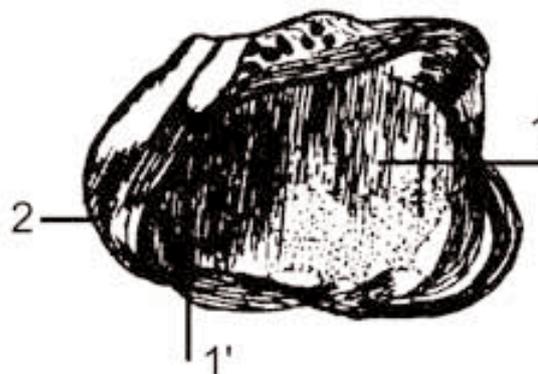


Fig. 4: Externo inferior de la Tibia visto por su cara inferior. 1. superficie articular para la polea astragalina 1'. carilla para la cara interna del astrágalo. 2. maléolo interno.

libre mira al interior de la articulación, es lisa, pulimentada y resbaladiza, puesto que está cubierta por el líquido sinovial.

La circunferencia o borde periférico del cartílago se confunde con el periostio y presta inserción a la membrana sinovial (Fig. 1 a 4).

B) Por parte de la pierna: la tibia y el peroné forman una especie de mortaja cuya pared superior está constituida por la tibia, y las dos paredes laterales por los maléolos interno o tibial y externo o peroneo. La parte superior de la mortaja representa una superficie cuadrilátera, un poco más ancha en su parte anterior que en la posterior, cóncava de delante atrás y convexa en sentido transversal.

Está destinada a articularse con la polea astragalina; a este fin presenta en su parte media una cresta antero posterior obtusa que se corresponde con la garganta de la polea, y a cada lado de la cresta dos superficies ligeramente cóncavas, que se amoldan exactamente sobre las vertientes correspondientes de la polea astragalina.

Los maléolos perneo y tibial presentan, en la parte de su contorno que mira a la articulación, una carilla articular vertical: la carilla del maléolo interno, la cual es plana y prolongada de delante atrás (tiene forma de un triángulo de base anterior). La carilla del maléolo externo, mucho más alta que la precedente, es convexa e arriba abajo y tiene la forma de un triángulo de vértice inferior. Estas dos carillas maleolares se corresponden con las dos caricias laterales del astrágalo (Fig. 5 y 6).

En estado fresco, una capa de cartílago hialino cubre en toda su extensión la mortaja tibio peronea.

Su grosor es de 2 milímetros en la tibia y de uno a uno y medio en el peroné.

2) MEDIOS DE UNION O LIGAMENTOS

Sujetan entre sí a las piezas esqueléticas que entran en la constitución de la articulación. Son muy resistentes e inextensibles.

a. El ligamento capsular o cápsula articular es un manguito fibroso que se fija fuertemente por ambas circunferencias en las piezas esqueléticas correspondientes.

b. Los ligamentos periféricos se encuentran por fuera de la cápsula y vinculan los huesos articulares. Pueden ser cilíndricos o aplanados.

La mortaja tibia peronea y la espiga astragalina son mantenidas en mutuo contacto por:

- Ligamento capsular o cápsula.
- Ligamentos laterales de refuerzo, externo e interno.

Cápsula:

El ligamento capsular adopta la forma de un manguito, cuya circunferencia superior se inserta en el contorno de las superficies articulares de la tibia y el peroné, y la circunferencia inferior se fija en el contorno de la superficie articular del astrágalo.

La cápsula es muy apretada a nivel de los maléolos y muy laxa en las partes anterior y posterior de la articulación, donde se encuentra reforzada por fascículos fibrosos que desde los bordes anterior y posterior de la mortaja tibioperonea se dirigen hacia abajo para fijarse en el astrágalo.

Estos fascículos de refuerzo anteriores, y posteriores son variables en su número, dirección, extensión y grado de diferenciación. La mortaja tibioperonea y la espiga astragalina están íntimamente unidas por los ligamentos laterales.

Ligamento Lateral Externo:

Situado en la parte externa de la articulación, comprende tres fascículos independientes entre sí.

a) Fascículo anterior o Ligamento peroneo astragalina anterior. aplanado y cuadrilátero. Se inserta en el borde anterior del maléolo peroneo y en la cara externa del astrágalo.

b) Fascículo posterior o ligamento peroneo astragalina posterior. se origina en la fosilla del maléolo peroneo y siguiendo un trayecto horizontal se fija en la cara posterior del astrágalo.

c) Fascículo medio o ligamento peroneo calcáneo: cordón aplanado de cuatro centímetros de largo y cinco milímetros de ancho. Por arriba se inserta en el vértice del maléolo peroneo y se dirige oblicuo hacia abajo y atrás para fijarse en la cara externa del calcáneo.

Ligamento Lateral Interno:

Ocupa la parte interna de la articulación y está

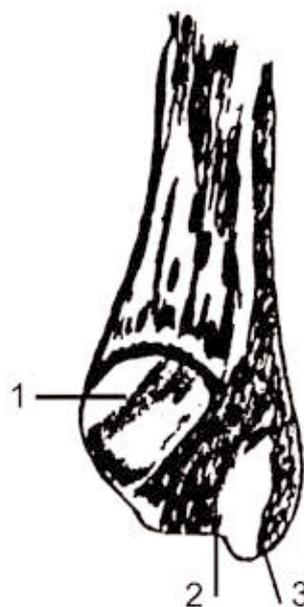


Fig. 5:
Extremo inferior del peroné visto por su parte interna.

1. carilla articular para el astrágalo.
2. depresión rugosa para la inserción del ligamento peroneo astragalino posterior.
3. vértice del maléolo externo.

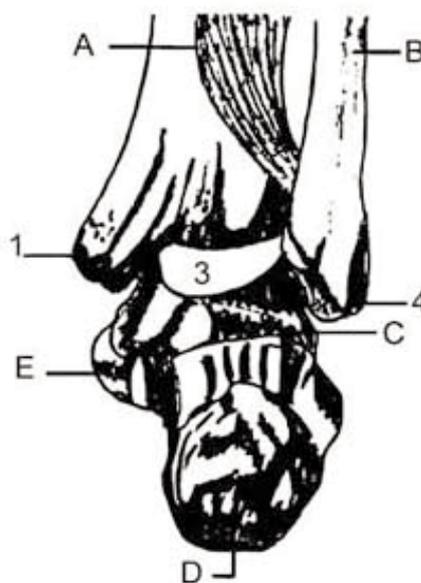


Fig. 6:

- A. tibia.
 - B. peroné.
 - C. astrágalo.
 - D. calcáneo.
 - E. escafoides.
1. maléolo tibial
 2. maléolo peroneo.
 3. poleo del astrágalo.

formado por dos capas:

a) capa superficial: llamada "ligamento deltóideo" por razón de su forma triangular (forma de delta griega). Se inserta por arriba en el borde inferior del maléolo tibial. Desde aquí las fibras descienden irradiándose a manera de ancho abanico, cuya base mide seis centímetros de extensión, y se fija por abajo y atrás en un grueso tubérculo que ofrece la cara interna del astrágalo; las fibras medias se insertan en la apófisis menor del calcáneo, y las fibras anteriores oblicuas hacia abajo y adelante se fijan en la parte interna del cuello del astrágalo y en la cara superior del escafoides.

b) capa profunda: se presenta como un ligamento corto, voluminoso y resistente, que se fija por arriba en el vértice del maléolo tibial y por

abajo en la cara interna del astrágalo, por debajo de la carilla articular. La longitud de este ligamento es de 12 milímetros y su ancho es de 6 milímetros. Los Ligamentos Laterales Externo e Interno dan estabilidad transversal a la articulación, impidiendo cualquier movimiento de balanceo del astrágalo. (Fig. 7 a 10).

3) MEDIOS DE DESLIZAMIENTO O SINOVIAL Y SINOVIA

La sinovial es una membrana delgada que tapiza uniformemente la cara profunda de la cápsula articular, en toda la circunferencia existente entre las superficies articulares superior e inferior. La sinovial se fija por arriba y por abajo exactamente en el límite o perímetro del cartílago de incrustación de las superficies articulares.

La membrana sinovial exhala un líquido untuoso, viscoso, turbio, de color amarillento, que se ha comparado a la clara de huevo, y por esto, desde Paracelso, se designa con el nombre de Sinovia, el cual baña o lubrica los cartílagos de revestimiento de las superficies articulares para facilitar el juego recíproco de deslizamiento.

Esto da a la sinovial una importancia considerable en la mecánica articular.

En la cara anterior y posterior de la articulación de la garganta del pie, la cápsula es laxa y se deja distender fácilmente, por lo cual la sinovial forma los fondos de saco anterior y posterior. (Fig. 7).

4) RELACIONES

La articulación de la garganta del pie se relaciona por su superficies externa con una serie de tendones que descienden de la pierna hacia el pie.

a) **En la cara anterior**, procediendo de dentro a fuera, se deslizan los tendones de los músculos tibial anterior, extensor propio del dedo grueso, extensor común de los dedos y peroneo anterior.

Todos estos tendones pasan por delante de la articulación colocados dentro de vainas sinoviales.

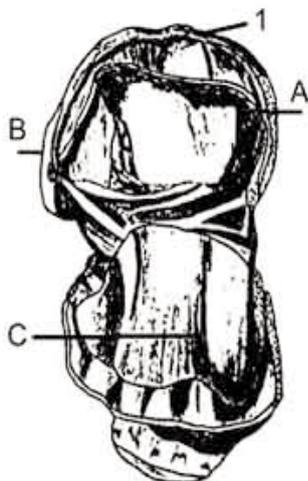


Fig. 7:
A. Tibia, maléolo interno.
B. Peroné, maléolo externo.
C. Astrágalo, con su polea y sus dos carillas laterales.
1. Cápsula articular.

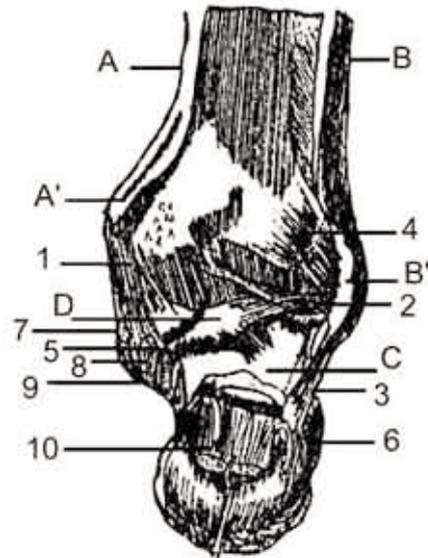


Fig. 8: Articulación Tibio-peroneo-tarsiana vista por detrás. A. tibia. A'. maléolo interno. B. peroné. B'. maléolo externo. 1. ligamento lateral interno. 2. ligamento peroneo astragalino posterior. 3. ligamento peroneo calcáneo. 4. ligamento posterior de la articulación peroneo tibial inferior. 5. ligamento calcáneo astragalino posterior. 6. tendones de los peroneos. 7. tendón del tibial posterior. 8. tendón del flexor común de los dedos. 9. tendón del flexor propio del dedo gordo. 10. tendón de Aquiles.

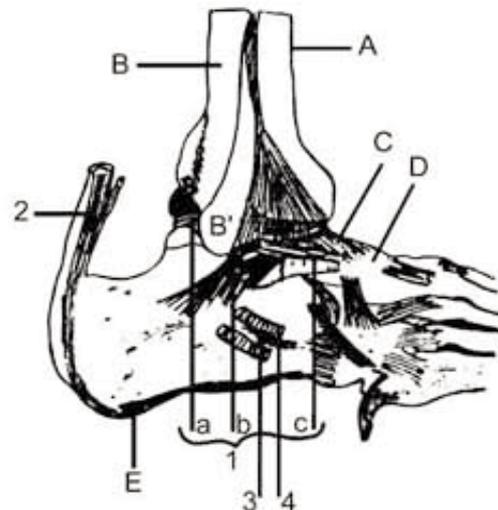


Fig. 9: Articulación Tibio-peroneo-tarsiana (cara externa). A, tibia. B. peroné. B', astrágalo. C. astrágalo. D. escafoide. E. calcáneo.
1. ligamento lateral externo. a. fascículo peroneo astragalino anterior. b. fascículo peroneo calcáneo. c. fascículo peroneo astragalino posterior.
2. tendón de Aquiles. 3. tendón del peroneo lateral largo. 4. tendón del peroneo lateral corto.

Entre el extensor propio y el extensor común de los dedos corren el nervio, la arteria y dos venas tibiales anteriores. Sobre estas diferentes estruc-



FERRANTE

CADEIRAS GENNARO FERRANTE Ltda.

Independencia 661 - Cep: 01524-001 - Cambuci - São Paulo - SP
 Grande São Paulo Tel: 6163-7815 / Demais Regiões DDG 0800 117815
 www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

Cardeip con la mas moderna metodología de enseñanza y los últimos avances terapéuticos desarrollados en nuestro centro de investigación, ofrece:

Cursos de perfeccionamiento

... Al mas alto nivel profesional !

Curso de terapeutica podologica general

Teórico - practico. Diagnostico y prevención. Onicocriptosis. Tratamientos en gral. Manejo del instrumental. Novedad terapeutica en onicomiosis.

Curso de podologia diabetológica

Desarrollado en el Cardeip. Los podólogos podemos especializarnos en la atención del pie del paciente diabético, en detectar, educar, prevenir y derivar a tiempo.

Curso especial de podo-diagnostico presuntivo.

Como abordar a la detección temprana de los 12 estadios patológicos mas importantes a través de las manifestaciones en los pies.

Elaboración de ortesis plantares podologicas

Compensadoras, para alinear los ejes articulares y descomprimir los impactos de marcha.



CARDEIP Centro Argentino de Desarrollo e Investigación en Podología

Telfax: (+54-11) 4632-0516 - Email: podologiacardeip@yahoo.com.ar
 Av. Juan B. Alberdi 2116 - 1406 - Capital Federal - Argentina

Venta de productos podologicos

Instrumental especial:

Elevador espicular, pinza extractora de espículas, formón filo curvo, fresa de tungsteno, etc.

Instrumental tradicional:

Alicates, pinzas, gubias, cajas de acero, esmeriles, tornos, esterilizadores a cuarzo y calor seco, pedígrafos, etc.

Para tratamientos conservativos de surco:

Pasta pae.

Para sellados antimicóticos:

Polímero y monómero, polvo tac.

- Ortesis expansoras de hipercurvaturas ungueales (clip).
- Elaboración de plantillas personalizadas.
- Venta de materiales para confeccionarlas.
- Linea completa de cosmetología pédica.
 - Queratolíticos. / · Desinfectantes.
 - Hojas de bisturí. / · Barbijos.
 - Algodón. / · Guantes, etc.

turasse extiende el "ligamento anular anterior del tarso".

b) En la cara posterior, y procediendo de dentro a fuera, se encuentran aplicados contra la articulación los tendones: tibial posterior, flexor largo común de los dedos, flexor propio del dedo grueso, peroneo lateral largo y peroneo lateral corto. Junto a los tendones flexores (por dentro) corren el nervio, la arteria y las venas tibiales posteriores.

Todos aquellos tendones se deslizan por el interior de vainas sinoviales.

Arterias: todas las arterias que rodean la garganta del pie proporcionan ramas a la articulación.

Dichas arterias son: la tibial anterior; la tibial posterior; las maleolares interna y externa; la peronea anterior y la peronea posterior.

Los Nervios destinados a la articulación son filetes sensitivos procedentes del safeno interno, del tibial anterior y del tibial posterior

5) MOVIMIENTO O MECÁNICA ARTICULAR

La articulación de la garganta del pie ejecuta los dos movimientos fundamentales de las articulaciones trocleares: flexión y extensión. Pero además disfruta, en condiciones mecánicas especiales, de los movimientos de aducción, abducción y rotación, interviniendo para estos movimientos las articulaciones subastragalina y mediotarsiana.

Flexión o dorsiflexión: es el movimiento por el cual la cara dorsal del pie se aproxima a la cara anterior de la pierna. La amplitud de la flexión es de 20 a 30 grados.

Extensión o flexión plantar: movimiento por el cual la cara dorsal del pie se aleja de la cara anterior de la pierna. Es el movimiento de "pararse en punta de pie". La amplitud de la extensión varía entre 40 y 50 grados.

El desarrollo de la polea astragalina es mayor por detrás que por delante, lo cual explica el predominio de la extensión sobre la flexión.

Los movimientos de flexión y extensión se efectúan alrededor de un eje transversal, que pasa por el centro de la curvatura de la polea astragalina (a 25 mm por debajo de esta polea). (Fig. 12 y 13).

Aducción: movimiento que conduce la punta del dedo gordo hacia dentro y la aproxima a la línea media. Este movimiento se efectúa en la articulación subastragalina.

Abducción: movimiento que conduce la punta del dedo grueso hacia afuera, separándola por consiguiente de la línea media. Este movimiento se efectúa en la articulación subastragalina. En los movimientos de aducción y abducción, el pie

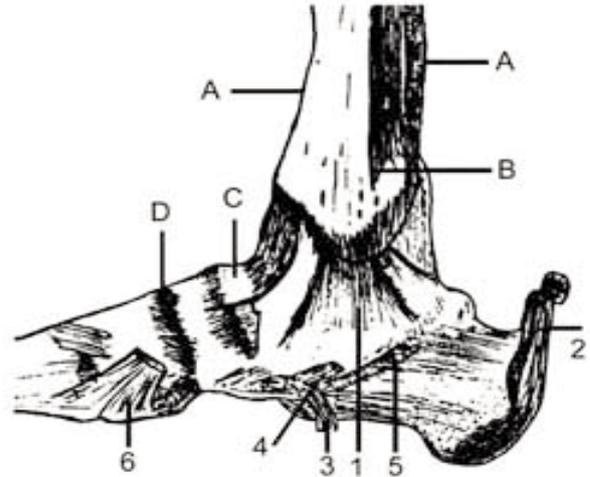


Fig. 10: Articulación Tibio peroneo astragalina (cara interna) A. tibia. A'. peroné. B. maléolo interno. C. astrágalo. D. escafoides. 1. ligamento lateral interno o deltoideo con sus fascículos astragalinos, calcáneos y escafoides. 2. tendón de Aquiles. 3. tendón del tibial posterior. 4. tendón del flexor común de los dedos. 5. tendón del flexor propio del dedo grueso. 6. tendón del tibial anterior.

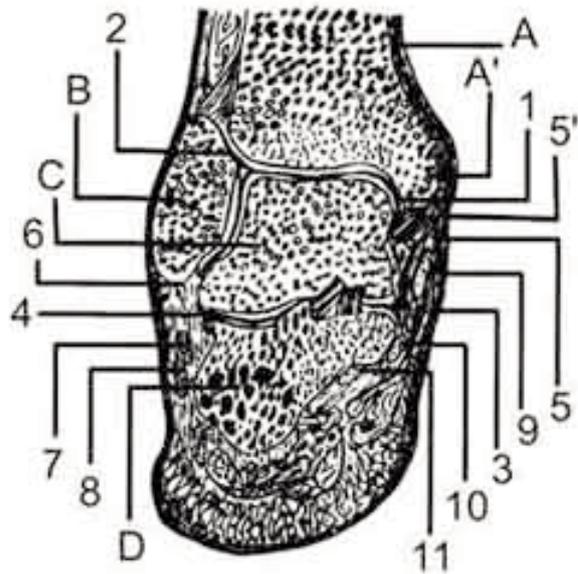


Fig. 11: Corte frontal de la articulación tibio peroneo astragalina. A. tibia. A'. maléolo interno. B. peroné (maléolo externo). C. astrágalo. D. calcáneo. 1. interlínea de la articulación tibio tarsiana. 2. interlínea peroneo tibial. 3. articulación calcáneo astragalina interna. 4. articulación calcáneo astragalina externa. 5. capa superficial y capa profunda del ligamento lateral interno. 6. ligamento calcáneo astragalino interóseo. 7. tendón del peroneo lateral corto. 8. tendón del peroneo lateral largo. 9. tendón del tibial anterior. 10. tendón del flexor común de los dedos. 11. tendón del flexor propio del dedo grueso.

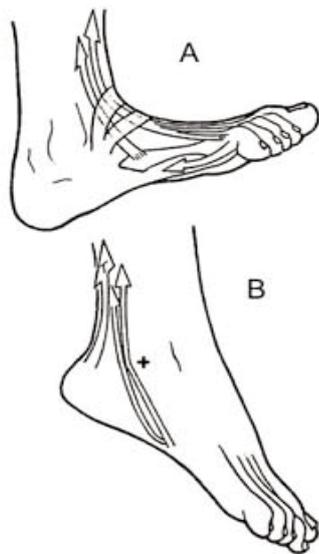


Figura 12: Movimientos de:
A. Flexión B. Extensión

rueda alrededor de un eje vertical que pasa por la carilla externa del astrágalo (Fig. 14).

Rotación hacia dentro o Supinación: el borde interno del pie se eleva dirigiendo su cara plantar hacia el plano medio del cuerpo. Tiene lugar en las articulaciones subastragalina y mediotarsiana.

Rotación hacia afuera o Pronación: el borde externo del pie se eleva dirigiendo su cara plantar hacia fuera. Tiene lugar en las articulaciones subastragalina y mediotarsiana.

Los movimientos de rotación se efectúan alrededor de un eje antero posterior.

Inversión = aducción + supinación

Eversión = abducción + pronación (Fig. 15).

La articulación de la garganta del pie no trabaja sola en los movimientos, sino que la acompañan otras articulaciones como la articulación subastragalina y la articulación mediotarsiana. (Fig. 16)

La articulación subastragalina une el astrágalo al calcáneo. Es una diartrosis del género doble artrodia (superficies óseas articulares planas).

La articulación mediotarsiana une el astrágalo al escafoide y el calcáneo al cuboide. Ambas son diartrosis, del género enartrosis para la articulación astrágalo-escafoidea, y encaje recíproco para la articulación calcáneo-cuboidea.

6) MÚSCULOS MOTORES

Los músculos motores generadores de los diferentes movimientos son:

Flexión:

motor principal: músculo tibial anterior
motores accesorios: músculo extensor común

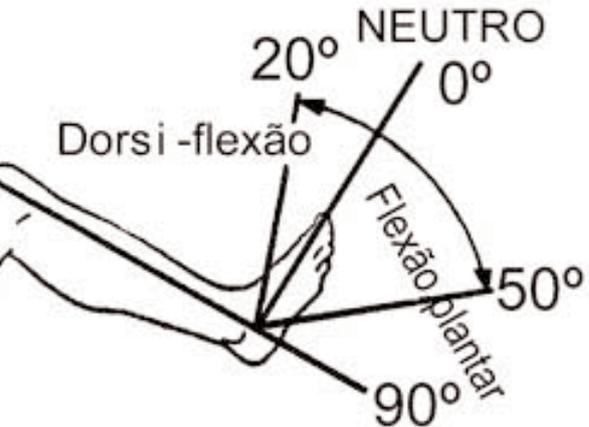


Figura 13: Angulos de flexión e de extensión

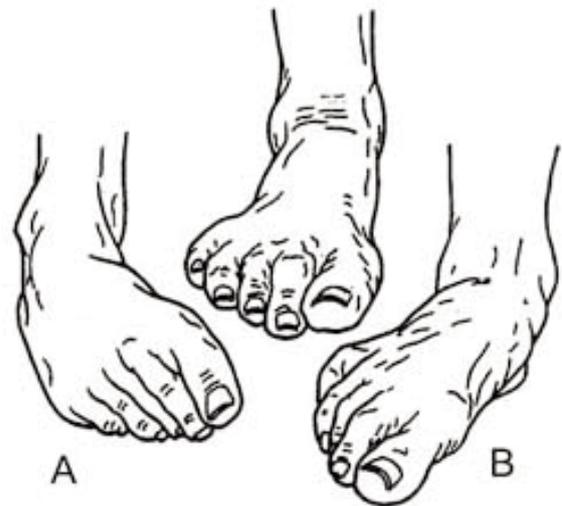


Figura 14: movimientos de: A. aducción B. Abducción

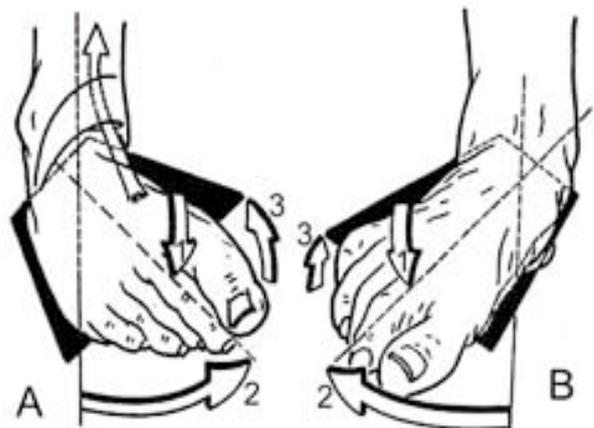


Figura 15: Movimientos de: A. inversión B. eversión

de los dedos, músculo extensor propio del dedo grueso.

Extensión:

motor principal: músculo tríceps sural (gemelos + sóleo)

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Mag Estética

Beleza feita com Arte

AUTORIZADA PELA DER CENTRO - SUL



Inscrições:

Tel.: (11) 6161-7763

Cursos Livres

Cursos individuais ou em grupos, com carga horária variável de acordo com as necessidades do aluno.



- **Micropigmentação:**
 - Curso Básico
 - Especialização I
 - Especialização Médica Estética
 - Despigmatação

- Maquiagem Definitiva
- Design de Sobrancelhas
- Estética Facial e Corporal
- Permanente e Tintura de Cílios e Sobrancelhas
- Drenagem Linfática:
 - Corporal
 - Facial
- Henna para Sobrancelhas e Corpo
- Pedicuro Calista
- Reflexologia Podal

- Curso Para Cabeleireiro Iniciante e Especialização
- Eletroterapia Facial e Corporal
- Depilação
- Depilação Egípcia (com o uso de linha)
- Shiatsu
- Massagem Sentada
- Massagem Modeladora
- Maquiagem Social e Artística
- Tatuagem Artística

4ª Jornada de Micropigmentação

Data: 06 e 07 de Setembro de 2006
(Pós Beauty Fair 2006) • Valor: 4x de R\$ 95,00
(Conteúdo completo em www.magestetica.com.br)

Curso Manicure e Pedicuro

Períodos: Diurno e Noturno

Curso Podologia Básico

Períodos: Diurno e Noturno

Curso Pedicuro Calista

Períodos: Diurno e Noturno

Curso Técnico em Podologia

Períodos: Diurno e Noturno • 1.200 Horas
(Conteúdo completo em www.magestetica.com.br)

Curso Técnico Esteticista

Períodos: Diurno e Noturno • 800 Horas
(Conteúdo completo em www.magestetica.com.br)


—BEAUTY FAIR—
Para a melhor oportunidade de Educação e Treinamento
Quem vive de beleza se encontra aqui.

Visite-nos de 02 a 05 de Setembro no Expo Center Norte, Rua 5 número 96 A.

PALESTRAS GRATUITAS
De Segunda à Sexta
Informe-se: 6161-7763

Consulte Linha Completa de Produtos para Podologia Tel.: (11) 6161-7763

Tintura e Permanente para Cílios e Sobrancelhas



Aparelho para Pedicuro Calista



Cabina de Secagem para Esmalte



Maletas para Micropigmentação



Magcolor
pigmentos

Nova Linha de Pigmentos para Micropigmentação
Ligue agora e adquira já o seu (11) 6161-7763

Crems para as Mãos, Pés e Corpo HomeoMag



Kit Órtese de Instrumentos para Podologia



Kit Henna para Sobrancelhas e Tatuagens
Cores: castanho claro, médio, escuro e preto.



Av. Paes de Barros, 3237, Mooca, São Paulo, SP. Não Possuímos Filiais.

Tel.: (11) 6161-7763 • www.magestetica.com.br • magestetica@magestetica.com.br

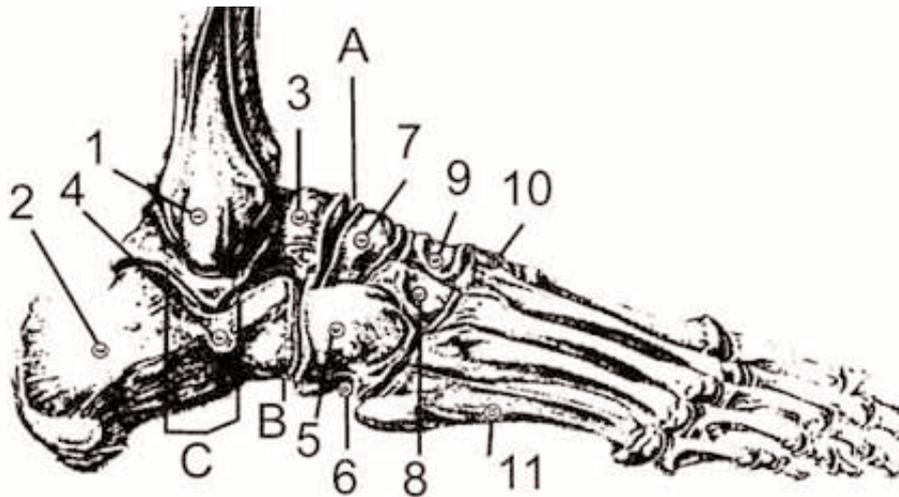


Fig. 16:
 Articulaciones subastragalina y mediotarsiana.
 1. maléolo externo.
 2. calcáneo 3. astrágalo
 4. tubérculo externo del calcáneo.
 5. cuboides.
 6. canal del peroneo lateral largo. 7. escafoides.
 8. tercer cuneiforme.
 9. segundo cuneiformes.
 10. primer cuneiforme.
 11. quinto metatarsiano.
 12. tubérculo del quinto metatarsiano.

motores accesorios: músculo flexor largo común de los dedos, músculo flexor largo del dedo gordo.

Aducción y Rotación hacia dentro:

músculo tibial anterior
 músculo tibial posterior
 músculo extensor propio del dedo gordo.

Abducción y Rotación hacia fuera:

músculo peroneo lateral largo
 músculo peroneo lateral corto
 músculo extensor común de los dedos.

ANQUILOSIS ARTICULAR DE LA GARGANTA DEL PIE

Como complicación de la insuficiencia venosa crónica se observa en enfermos con úlceras en el área de la garganta del pie o en sus vecindades, a nivel de las articulaciones tibio peroneo astragalina, de la articulación subastragalina y de la articulación mediotarsiana que se produce en retracciones ligamentosas y capsulares, que fijan al pie en posiciones viciosas.

Contribuyen a ello, por un lado, la retracción fibrosa peri ulcerosa y, por otro, la voluntaria inmovilización del pie en posición antiálgica, con el consiguiente acortamiento y atrofia muscular, especialmente del tríceps sural. Como consecuencia de todo este estado anatómo patológico se produce un proceso de Anquilosis de aquellas articulaciones, es decir, una limitación o abolición de sus movimientos.

El pie equino varo es la consecuencia tardía de la fibrosis cicatrizal, que lleva a la retracción paulatina de las partes blandas y periarticulares, favorecidas por la inmovilización a que da lugar el dolor.

Las alteraciones óseas representadas por la

osteoporosis dependen de la misma causa: hecho que se ve agravado en la mujer por la crisis hormonal del climaterio. La descalcificación ósea es consecutiva a la inmovilización prolongada.

Esta anquilosis se caracteriza por presentar endurecimiento de los tejidos subyacentes a la articulación dando, como consecuencia, la abolición o limitación de una articulación movable. Algunas de las causas de importancia en la anquilosis son:

Celulitis Indurativa: por la consistencia acartonada que le impone a los tejidos subyacentes como resultado de la fibrosis cicatrizal. Al perder la piel su elasticidad se torna difícil su plegadura y desplazamiento sobre los planos profundos; es así que se fija firmemente a la estructuras vecinas formando un bloque.

Los Edemas son también causa de anquilosis por alteración del sistema linfático. Este edema es preferentemente Ortostático.

Al haber una mayor filtración hídrica a los tejidos, se produce un estancamiento circulatorio y el edema se fija por proliferación conjuntiva. También se suman los estados alérgicos localizados en la garganta del pie.

Otra causa muy importante es **el Dolor**, porque como consecuencia del mismo se adoptan posiciones defensivas y viciosas, tanto en la actitud del pie como en la marcha, con la correspondiente alteración muscular y tendinosa.

TRATAMIENTO

El plan terapéutico realizado consiste básicamente en tres medidas:

1. El tratamiento de la insuficiencia venosa por el flebólogo.
2. Cura de las afecciones del pie por el podólogo.
3. La rehabilitación de la articulación por parte del fisioterapeuta. α

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-flebitico.
- 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: Podologia Hoje Publicações Ltda. Tel: (#55-11) 6292-8615
revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

Presentación de Diferentes Patologías del Pie.

Podóloga Patricia Salerno. **Argentina.**

Fotos tomadas en consultorio externo.



Paciente femenina con edema por trastornos renales.



Paciente femenina con hallux valgus y dedos en garra total, esto tiene como consecuencia helomas dorsales en ambos quintos dedos.



Paciente masculino, insulino dependiente, con valores muy altos de glucemia y con poco control medico. Por la falta de sensibilidad el paciente se lastima el hallux, deja pasar el tiempo y terminó con amputación del dedo. Los demás dedos se presentan casi en garra total. Con el tiempo el paciente termina amputando el pie y después la pierna.

Workshops
Desfiles Feiras Shows
Congressos Apresentações

FEIRA DA BELEZA 2006. VENHA TROCAR EXPERIÊNCIAS E DESCOBRIR NOVAS TÉCNICAS E PRODUTOS.

A segunda edição da Feira e Congresso Catarinense de Beleza, irá reunir o que há de mais moderno nos setores da estética, bem-estar, cabelos, mãos e pés. Profissionais qualificados e grandes marcas nacionais e internacionais estarão apresentando novidades, lançamentos, produtos e serviços voltados ao mercado que mais cresce na atualidade, promovendo

a beleza em todas as suas formas. Uma programação completa feita pra você, incluindo feira, congresso, cursos gratuitos, workshops e palcos com apresentações, desfiles e demonstrações de produtos. A beleza está no ar na 2ª Feira e Congresso Catarinense de Beleza. Venha visitar!

Joinville, cidade sede do evento, é o terceiro pólo industrial da região Sul do Brasil. A cidade possui toda infraestrutura necessária, com rede de hotéis, bares e restaurantes para o conforto e lazer de turistas e visitantes. Com fácil acesso pelo aeroporto ou BR 101, Joinville fica a 184 km da capital Florianópolis e a 135 km de Curitiba (PR).

BELEZA 2006

2ª FEIRA E CONGRESSO CATARINENSE DE BELEZA

12 E 13 DE NOVEMBRO/2006
CENTREVENTOS CAU HANSEN
JOINVILLE/SC

DAS 14H ÀS 20H

Aninha Costa
Maquiadora
convidada de
CATHARINE HILL



Evandro Moreira
Cabeleireiro
convidado de
PROART HAIR



Selma Santos
Cabeleireira
convidada de
TAIFF



Glênio Valente
Cabeleireiro
convidado de
GAMA ITALY



Evento Paralelo:
**Congresso
Catarinense
de Beleza**

Organização
e Realização:



Informações e inscrições:
Fone/Fax: (47) 3222-3068
3037-3068
www.abraesc.com.br
abraesc@abraesc.com.br

Organização e Realização:



Apoio:



Fone: (47) 3028 0002
marktevents@marktevents.com.br
www.marktevents.com.br

Confira alguns dos Expositores e Revistas já confirmados: Apepr / Abraesc / Essenziali / Vitaderm / Perucas Estoril / Advice Master / Delta Light / Shopping da Beleza / Catharine Hill / Däum Distribuidora / Paris Cosméticos / Taill / Fing'rs / Condor / Salon Line / ProArt Hair / Central Beleza / PhysicaSul / La Vertuan / Caprio Cosméticos / Promotur / DB Clean / Márcia Cosméticos / Ny Looks / Valmar / Tuon / Buonavita / Tonederm / Mag Estética / Ga.Ma Italy / 5Cinco / Di Capim Dourado / Queensland. Vida Estética / Cabelo & Cia / Up to Date / Profissão Beleza / Look Hair / Revistapodologia.com / Personalitè / Mãos & Pés.



Paciente masculino con Pie Zambo congénito. Este paciente fue a varias cirugías hasta que abandonó el tratamiento médico, no realizó la rehabilitación correspondiente y acabó como se puede ver en la foto. También se puede observar en la pierna izquierda como la masa muscular es más delgada que la derecha. El paciente apoya solamente el talón.



Paciente femenina con superposición del segundo dedo, arriba del primero y ocasionando heloma dorsal en el segundo dedo, presentando un pie con metatarso vencido y totalmente plano.



Paciente femenina: cuarto dedo por arriba del tercero.



Paciente femenina presenta desviación del quinto dedo por arriba del cuarto.

www.revistapodologia.com

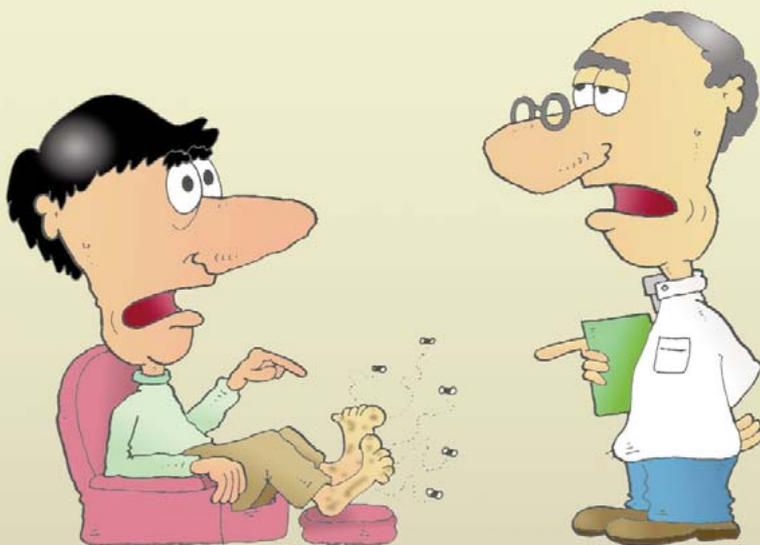
Desde 1997 en internet
informando a los profesionales
de la salud y la estética del pie.

Desde 1997 na internet
informando os profissionais
da saúde e a estética do pé.

Productos, Guía de Empresas, Guía de Profesionales, Guía de Eventos, Guía de Instituciones, Donde Estudiar: cursos ... e muito mais !!!

EN UNA NOTA LEÍ QUE LOS PIES SE CLASIFICAN EN TRES CLASES: GRIEGO, EGIPCIO Y CUADRADO, SIENDO USTED PODÓLOGO, ¿COMO CLASIFICARÍA LOS MÍOS?

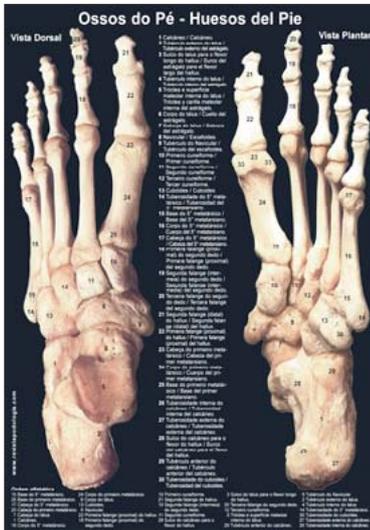
SUCIOS



FECHU

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



ESQUELETO DEL PIE 1
ESQUELETO DO PÉ 1



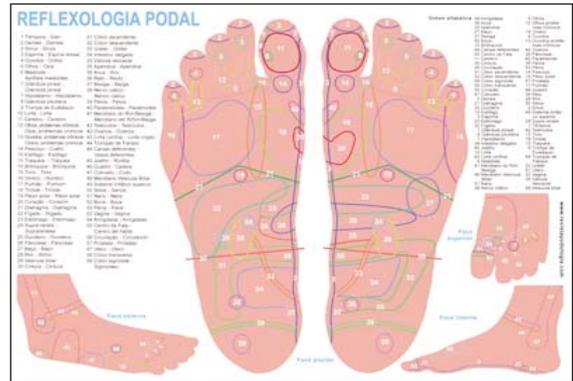
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSSES



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Email: revista@revistapodologia.com - revistapodologia@gmail.com
Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com