

revista
revista podología
argentina.com

N° 7 - Abril 2006

TECNICA - CIENTIFICA - CULTURAL

Revista Digital de Podología

Gratuita

En idioma español.



**1^{er} Expo-Congreso
Latinoamericano de
Podología Aplicada**



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



Cabos podológicos redondos para lâminas descartáveis



revistapodologia.com n° 7

Abril 2006

Directora científica

Podologa Márcia Nogueira

Director comercial: Sr. Alberto Grillo.

Colaboradores de esta edición:

Dr. F. Javier Aragón Sánchez. **España**

Podiatra Jeffrey M. Robbins. **EEUU.**

Fernández Digón, Alejandro DP. **España**

Alonso Peña, David DM. **España**

Alonso Peña, Javier DM. **España**

Sánchez Rodríguez, Raquel DP. **España**

Martínez Nova, Alfonso DP. **España**

Paulo Jorge Martins da Silva-MSSF. **Portugal**

Pdga Márcia Nogueira. **Brasil**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 31

Tapa: tapa de la Revista Podologia Argentina n° 7
Septiembre de 1997.

Estimados Lectores

Un buen profesional siempre busca complementos para su saber y nosotros estamos haciendo nuestra parte para ello. Nuestros colaboradores, aprovechamos esta oportunidad para agradecerles una vez mas, dedican parte de su tiempo para desarrollar las materias que nos envían, enriqueciendo así, cada vez más el contenido de nuestra publicación. Por este motivo los temas actuales son una constante.

Vale la pena recordar que sugerencias para temas y debates, siempre son bienvenidas.

Somos una Revista que se diferencia por ser global, amplia y abierta a todos los que quieran participar. Nuestros colaboradores son independientes y no exclusivos. Participan porque acreditan en nuestra propuesta de trabajo y por arriba de todo en sus profesiones.

Queremos siempre seguir esta conducta, porque solamente así podemos transmitir el concepto del saber colectivo e irrestricto.

La unión de una clase solo se hace así: con desapego y con un ideal.

Hasta nuestro octavo, entre otros, encuentros en la red !

La Dirección

ÍNDICE

Pag.

- 5 - El Pie Diabético Ulcerado, un Desafío Aún en el Siglo XXI.
- 11 - Manifestaciones en los Pies de las Enfermedades Sistémicas.
- 19 - Fitoterapia Aplicada a Enfermedades Sistémicas que Afectan al Pie.
- 25 - La Relación Amortiguación - Estabilidad en el Calzado Deportivo.
- 29 - Tipos de Pies.

Podologia Hoje Publicações Ltda. - Nicolau P M de Brum 17 - Rio Pardo
Rio Grande do Sul - Brasil - Cep: 96640-000 - Tel: #55 51 3731-3037
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; 123 (Oct-Dec 1997). 2. Swanbeck G. Urea in the treatment of dry skin. *Acta Derm Venereol Suppl (stockh)*. 1992; 172:7-8. 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, hiperqueratoses, 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 130666
www.medley.com.br

El Pie Diabético Ulcerado, un Desafío Aún en el Siglo XXI.

Dr. F. Javier Aragón Sánchez *. España.

El "pie diabético" es un síndrome que engloba las alteraciones anatómicas y/o funcionales que ocurren en los pies de las personas con diabetes como consecuencia de su enfermedad metabólica y representa una causa muy importante de morbi-mortalidad en este grupo de población. Tanto es así que se estima que el 15% de los diabéticos desarrollarán una lesión en el pie a lo largo de su vida(1).

Conscientes de la importancia de este problema, representantes de los departamentos gubernamentales de sanidad y organizaciones de pacientes de todos los países de Europa sostuvieron un encuentro con expertos en Diabetes bajo la tutela de las Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y la Federación Internacional de Diabetes en St.Vincent, Italia del 10 al 12 de octubre de 1989.

En aquella reunión se fijó, entre otros objetivos, reducir a la mitad las amputaciones en diabéticos. Hoy han pasado 15 años desde esta reunión y estas cifras están lejos de cumplirse. Iniciamos el siglo XXI con un importante desafío y una deuda con nuestros diabéticos: reducir el número de lesiones y amputaciones que les ocasiona una importante pérdida de calidad de vida.

Está bien establecido que la secuencia ulceración, infección y gangrena precede a una gran mayoría de las amputaciones de los miembros inferiores en el diabético. En otros casos es la falta de cicatrización de un úlcera la que conduce a tan terrible complicación en el diabético2. Por tanto, la clave para reducir las amputaciones está en prevenir la ulceración(3). Conocemos los factores de riesgo de ulceración(3,4,5) que son los que mostramos en la tabla 1 y sobre ellos son los que tenemos que actuar.

Podemos apreciar que salvo los cuatro últimos, que son factores de riesgo generales, los demás son factores locales que para ser detectados necesitan de una exploración del pie. ¿Realmente se exploran los pies de nuestros diabéticos para detectar estos factores de riesgo?. En un estudio americano se puede comprobar que al 53% de los diabéticos no se les había realizado exploración de sus pies en los últimos 6 meses y a un 22% de los diabéticos nunca se le habían examinado los pies(6). En resultados comunicados en



nuestro país (España), en una encuesta prospectiva de 117 pacientes diabéticos con lesiones en sus pies, al 80% nunca le habían examinado los pies sus médicos(7). Litzelman et al demostraron en un estudio controlado y randomizado que los pacientes cuyos pies eran examinados por sus médicos, tenían menos probabilidad de sufrir lesiones serias que los que no recibían esta atención(8).

Por tanto, sorprenden estos porcentajes y más cuando se conoce que se trata de un examen fácil de realizar, que no ocupa un tiempo excesivo, que se realiza con unos instrumentos baratos, y sobre todo cuando se conocen las dramáticas consecuencias de esta complicación.

La Asociación Americana de Diabetes recomienda que la inspección de los pies sea realizada en cada visita médica relacionada con la diabetes, y un examen integral de los pies una vez al año(9).

Factores de Riesgo de Ulceración

- Neuropatía periférica
- Enfermedad vascular periférica
- Historia previa de ulceración y/o amputación
- Deformidades en el pie
- Presiones anormales en el pie
- Limitación en la movilidad articular
- Anomalías en la marcha
- Edema periférico
- Duración de la diabetes
- Retinopatía
- Nefropatía
- Tabaco

Tabla 1

La neuropatía se encuentra implicada en el 80% de las úlceras(2,10). La neuropatía sensorial hace que el pie se vuelva insensible ante estímulos mecánicos, químicos o térmicos normalmente dolorosos. La afectación de los nervios motores origina una atrofia de la musculatura intrínseca del pie y a un adelgazamiento de la almohadilla grasa que se encuentra bajo la cabeza de los metatarsianos. Como consecuencia de ello se producen deformidades de los pies y de los dedos y prominencia de las cabezas metatarsales que facilitan el traumatismo y que en última instancia conducen a la ulceración.

La neuropatía autónoma tiene como consecuencia la pérdida de sudoración del pie, tornándose la piel seca, agrietada y con una marcada tendencia a la hiperqueratosis, lo que la hace más susceptible a la lesión. Por otro lado, la afectación de los nervios simpáticos, una auténtica "autosimpatectomía", produce una vasodilatación que ocasiona un aumento de la reabsorción ósea, colapso articular y deformidades cuya máxima expresión la constituye la neuroartropatía de Charcot(11). La inspección del pie detecta muchas de estas alteraciones consecuencia de la neuropatía y además existen exploraciones que han demostrado su utilidad en detectar el paciente en riesgo de ulceración como son la exploración mediante los filamentos de Semmes-



Weinstein 5,07-10 gr y el biotensiómetro(12,13), el primero de ellos barato, fácil de utilizar y con resultados reproducibles. Las alteraciones biomecánicas, de la marcha, de la movilidad articular y la detección de alteraciones en el pie y sus correcciones deben ser realizadas por un podólogo.

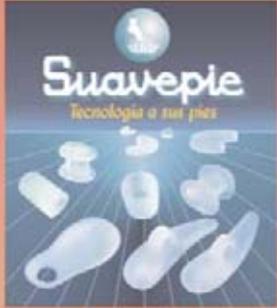
Revisando las estadísticas norteamericanas, tan sólo el 17% de los diabéticos mayores de 18 años había visitado al podólogo en el último año(1). En la comunicación presentada anterior-



EL ESTETICISTA



elesteticista@suavepie.com

 Aductor Nocturno	 Pedigrafo	 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

mente⁷, el 83% de los diabéticos con lesión nunca habían acudido a un podólogo. La inclusión del podólogo en el equipo multidisciplinario que trata a estos pacientes es una realidad en otros países y su efectividad ha sido descrita en distintos trabajos y consensos.

En nuestro país (España), la figura del podólogo no se encuentra incluida entre las prestaciones de la seguridad social y a nuestro juicio, en el manejo de la persona con diabetes, debe ser obligado. Sólo como ejemplo, una de las atenciones clásicas del podólogo es la eliminación de las callosidades. Pues bien, la eliminación de los callos por parte de estos profesionales puede reducir las presiones plantares en más del 30%. De esta manera es posible alejar al paciente del umbral de presión de ulceración con una maniobra sencilla, ambulatoria y que debe ser realizada con regularidad.

Ha sido estimado que entre el 40-50% de las amputaciones en diabéticos pueden ser evitadas mediante un adecuado cuidado de los pies, una educación de los pacientes, un tratamiento agresivo de las lesiones precoces incluyendo cirugía de revascularización si está indicada y un control de los factores de riesgo⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Con esta premisa podemos entender que hacen falta distintos profesionales, perfectamente coordinados en un equipo multidisciplinario para conseguir prevenir la temida amputación. Si la lesión llega a ocurrir, es importante realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de la misma.

En el análisis de una serie de 367 pacientes con pie diabético⁽¹⁸⁾, en el 43% existía uno o más de estos tres factores: pie mal cuidado, manipulación inadecuada o retraso terapéutico. Los dos primeros entran en el terreno de la prevención y educación del que hemos hablado anteriormente, pero el retraso en el diagnóstico y el tratamiento de la lesión ha de ser analizado con detalle. Durante muchos años ha existido un pesimismo en torno a esta patología y a la inevitabilidad de la amputación. La microangiopatía diabética, o enfermedad oclusiva de arteriolas y capilares descrita por Goldemberg y Blumenthal⁽¹⁹⁾ hace más de 40 años, fue responsable durante años de este pesimismo.

¿Qué sentido tenía revascularizar a un diabético si la microcirculación estaba ocluida?

También las úlceras neuropáticas, que ocurren en pacientes con pulsos, eran achacadas a la microangiopatía. Por suerte, existen estudios posteriores⁽²⁰⁻²²⁾ que han demostrado que la microangiopatía no es oclusiva y que se caracteriza por un engrosamiento de la membrana basal de los capilares.

Aún se sigue invocando a la microangiopatía



cuando aparece una gangrena en un paciente con pulsos, cuando en estos casos es la sépsis local y la liberación de toxinas bacterianas la responsable de producir una vasculitis, una trombosis arteriolar y en último lugar un proceso isquémico que es secundario a la infección⁽²³⁾ como apreciamos en la figura 3. Asociar siempre el problema del pie diabético a un proceso isquémico hace que estos pacientes sean enviados a consultas de cirugía vascular, sobrecargadas a menudo por una lista de espera, cuando lo que necesitan es un tratamiento urgente y enérgico de la infección para salvar la extremidad.

Esto pone de manifiesto la complejidad de esta patología y que en ocasiones se intenta tratar exclusivamente como un problema local. Esto lleva a un continuo cambio de apósitos, pomadas, cremas intentando buscar la solución mágica cuando la clave es abordar el problema desde un punto de vista etiopatogénico⁽²⁴⁾.

Conociendo que son la neuropatía y la enfermedad vascular periférica los elementos que intervienen en la patogenia de las lesiones, las úlceras quedarán clasificadas en neuropáticas, isquémicas y mixtas o neuroisquémicas.

No tiene ningún sentido intentar la cicatrización de una úlcera isquémica en el pie de un diabético sin que sea valorado previamente por el cirujano vascular. Desde un punto de vista práctico, cualquier úlcera en un diabético sin pulsos distales ha de ser enviado a un cirujano vascular quien indicará la terapéutica más oportuna.

Recomendamos realizar siempre una palpación de los pulsos del pie en el diabético con lesión y seguir el algoritmo de la figura 4 que nos proporcionará el tipo de lesión a la que nos enfrentamos para proceder desde un punto de vista etiológico a su resolución.

En caso de úlceras neuropáticas puras, sin componente isquémico también es necesario realizar un manejo adecuado de las mismas. La

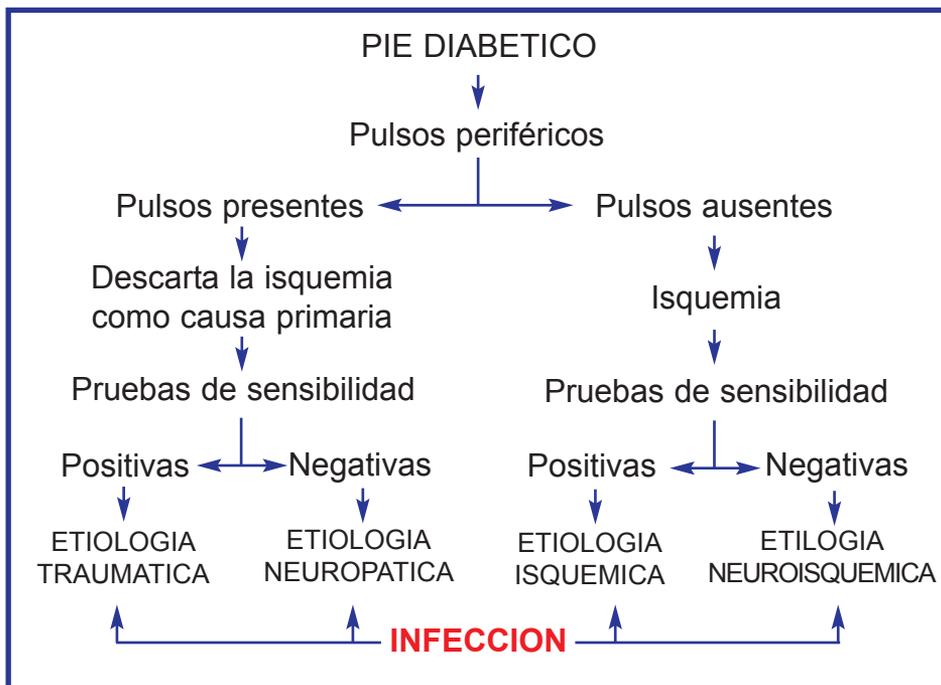


Fig 4.

clave en este tipo de úlceras las proporcionan las 4 "D". Desbridamiento, Desinfección, Descarga, Descartar osteomielitis(25). La úlcera neuropática no es más que una úlcera debido a la presión mantenida sobre una zona del pie insensible. Si este pie tuviera sensibilidad, no se produciría la lesión ya que el paciente modificaría tanto la estática como la deambulación para evitar el dolor que le ocasiona este aumento de presión. Inicialmente el pie responde mediante la producción de una hiperqueratosis y si la presión no se modifica se produce una hemorragia subqueratósica y posteriormente la ulceración.

Nos vamos a encontrar por tanto con un paciente que presenta una región callosa, con un cambio de coloración que corresponde a una hemorragia subqueratósica y que no debe ser confundida con una necrosis, generalmente cavitada (Figura 5). Toda esta zona debe ser desbri-

data, la primera D, y poner la úlcera a plano para poder colocar el tratamiento local más oportuno (Figura 6). A veces este desbridamiento no se realiza y se colocan tratamientos sobre esta hiperqueratosis que están condenados al fracaso. Una vez que hemos colocado la úlcera en condiciones de actuar terapéuticamente sobre ella viene el paso más importante y que es la clave del éxito: la descarga. Si la úlcera está ocasionada por un aumento de presión sobre una zona del pie, si esta presión no es modificada, la úlcera no cicatrizará y lo que es peor, podrá aumentar en profundidad hasta llegar al hueso.

La descarga puede ser realizada mediante filtros, zapatos de medio pie, zapatos posquirúrgicos, combinaciones de ellos o yesos de contacto total.

El tratamiento de descarga debe ser individualizado y colocar el más idóneo para cada paciente. Cualquier herida en el diabético constituye



Fig 5



Fig 6

una puerta de entrada a la infección y esto constituye un grave problema que pone en peligro la viabilidad de la extremidad y constituye la causa de aproximadamente el 20% de los ingresos hospitalarios de esta población.

El diagnóstico de la infección en el pie diabético es esencialmente clínico y por ello en cualquier paciente con sospecha de infección hemos de explorar el pie en todas sus caras y espacios interdigitales. Debemos conocer la extensión y profundidad de la úlcera, presencia de celulitis, supuración, edema y zonas cutáneas con cambio de coloración sugestivas de necrosis cutánea. Debemos palpar en la periferia ulcerosa para ver si existe descarga purulenta y el tipo de pus emitido o si existe crepitación y/o fluctuación. Los signos locales son los imprescindibles para el diagnóstico de infección, tanto es así que la mayoría de los autores sugiere que la ausencia de signos inflamatorios implica la ausencia de infección.

Cuando los signos generales como fiebre, malestar general, escalofríos o leucocitosis están presentes son altamente sugestivos de infección, pero su ausencia no la descarta. En todo paciente con sospecha de infección debemos practicar una radiografía del pie en busca de cuerpos extraños, gas en partes blandas o afectación ósea. A pesar de que es una prueba al alcance de cualquier clínico, barata y prácticamente inocua, vemos con elevada frecuencia pacientes con pie séptico, incluso con osteomielitis, a los que nunca se les ha realizado una radiografía del pie.

Existe una prueba clínica que es la palpación

del hueso mediante un estilete estéril a través de la úlcera y que ha mostrado una sensibilidad del 66%, una especificidad del 85% y un valor predictivo positivo del 89% para el diagnóstico de osteomielitis²⁶. Es necesario que el profesional que se enfrenta a este problema conozca estos medios diagnósticos fáciles ante la infección ósea que puede poner en peligro la extremidad.

Si la úlcera del paciente llega a cicatrizar, no acaba el problema: tras 1, 3 y 5 años de seguimiento, 34%, 61% y 70% de los pacientes cuyas úlceras cicatrizaron desarrollan una nueva úlcera⁽¹⁾. Todavía es más preocupante el hecho de que la supervivencia a los 3 años después de haber sufrido una amputación mayor es sólo el 50% y a los 5 años el 40%²⁷, si bien hay cifras más decepcionantes en la literatura como un 80%, 59% y 27% a 1, 3 y 5 años de seguimiento respectivamente¹. Como podemos apreciar, aún nos queda bastante camino por recorrer para evitar las amputaciones en nuestros diabéticos. ▣

***Dr. F. Javier Aragón Sánchez**

Cirugía General y del Aparato Digestivo
Unidad de Pie Diabético
Hospital la Paloma
C/ Maestro Valle, 20
35005 Las Palmas de Gran Canaria
Teléfono: 34-928234466
pediabetico@telefonica.net
javiaragon@hospitalapaloma.com
www.piediabetico.net
www.hospitalapaloma.com

Bibliografía

1. American Diabetes Association. *Diabetes 1996 vital statistic*. Alexandria, VA: American Diabetes Association; 1996.
2. Pecoraro RE, Reiber GE, Burgess EM. *Pathways to diabetic limb amputation: basis for prevention*. *Diabetes Care* 1990; 13: 513-521.
3. Boyko EJ, Ahroni JH, Stenses V, Forsberg RC, Davignon DR, Smith DG. *A prospective study of risk factors for diabetic foot ulcer*. *Diabetes Care* 1999; 7: 1036-42.
4. Birke JA, Novick ES, Hawkins ES, Patout C. *A review of causes of foot ulceration in patients with diabetes mellitus*. *J Prosthetics Orthotics* 1991; 4: 13-19.
5. Armstrong DG, Lavery LA, Harkless LB. *A treatment-based classification system for assessment and care of the diabetic feet*. *J Am Podiatr Med Assoc* 1996; 86: 311-316.
6. Reiber GE, Boyko EJ, Smith DG. *Lower extremity foot ulcers and amputations in diabetes*. In: *National Diabetes Data Group, editors. Diabetes in America*. 2ª ed. Washington: National Institutes of Health; 1995, 409-428.
7. Delgado García Y, Aragón Sánchez FJ, Lázaro Martínez JL, Hernández Herrero MJ. *Resultados de una encuesta sobre conocimientos de la patología de los pies*. *Comunicación al I Congreso Nacional Multidisciplinario de Pie Diabético, Madrid 2003*.
8. Litzelman DK, Slemenda CW, Langefeld CD, Hays LM, Welch MA, Bild DE, et al. *Reduction of lower extremity clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. A randomized, controlled trial*. *Ann Intern Med* 1993; 119: 36-41.
9. Zoorob RJ, Hagen MD. *Guidelines on the care of diabetic nephropathy, retinopathy and foot disease*. *Am Fam Physician*. 1997; 56: 2021-2028, 2033-2034.
10. Boulton AJ. *The diabetic foot: neuropathic in etiology*. *Diabet Med* 1990; 7: 852-858.
11. Sinacore D. *Acute Charcot arthropathy in patients with diabetes mellitus: healing times by foot location*. *J Diabetes Complications* 1998; 12: 287-93.

12. Young MJ, Veves A, Breddy JL, Boulton AJM. The prediction of diabetic neuropathic foot ulceration using vibration perception thresholds. A prospective study. *Diabetes Care* 1994; 17: 557-560.

13. Rith-Najarian SJ, Stolusky T, Gohdes DM. Identifying diabetic patients at high risk for lower-extremity amputation in a primary health care setting: a prospective evaluation of simple screening criteria. *Diabetes Care* 1992; 15:1386-89.

14. Young MG, Cavanagh PR, Thomas G, Johnson MM, Murray H, Boulton AJM. The effect of callus removal on dynamic plantar foot pressures in diabetic patients. *Diabet Med* 1992; 9: 55-57.

15. American Diabetes Association. *Diabetes 1996 vital statistic*. Alexandria, VA: American Diabetes Association; 1996.

16. Bild DE, Selby JV, Sinnock P et al. Lower extremity amputation in people with diabetes: epidemiology and prevention. *Diabetes care* 1989; 12: 24-30.

17. Frykberg RG. The team approach in diabetic foot management. *Adv Wound Care* 1998; 11: 71-77.

18. Delgado García Y, Aragón Sánchez FJ, Lázaro Martínez JL, Ortiz Remacha PP, Hernández Herrero MJ. Nuestra experiencia en el manejo del pie diabético. Comunicación al I Congreso Nacional Multidisciplinario de Pie Diabético, Madrid 2003.

19. Goldenberg SG, Alex M, Joshi RA, Blumenthal HT. Nonatheromatous peripheral vascular disease of the lower extremity in diabetes mellitus. *Diabetes* 1959;8:261-73.

20. Strandness DE Jr, Priest RE, Gibbons GE. Combined clinical and pathologic study of diabetic and non-diabetic peripheral arterial disease. *Diabetes* 1964;13:366-72.

21. Conrad MC. Large and small artery occlusion in diabetics and nondiabetics with severe vascular disease. *Circulation* 1967;36:83-91.

22. Bamer HB, Kaiser GC, Willman VL. Blood flow in the diabetic leg. *Circulation* 1971;43:391-4.

23. Aragón Sánchez FJ, Lázaro Martínez JL, Ortiz Remacha PP et al. La infección en el pie del diabético, en Lázaro Martínez ed, *El pie diabético*, Barcelona, Ediciones Especializadas Europeas, 2003, 20-31.

24. Aragón Sánchez FJ, Ortiz Remacha PP, Hernández Herrero MJ. Elementos patogénicos de las lesiones. En Aragón Sánchez FJ, Ortiz Remacha PP. *El Pie Diabético*. Barcelona: Masson, 2001; 43.

25. Aragón Sánchez FJ, Ortiz Remacha PP. Controversias en el pie diabético: preguntas y respuestas. En Ramirez Barba EJ, de la Garza Villaseñor L, León López G, McGraw-Hill Interamericana (eds), Fermín R. Martínez de Jesús. *Pie diabético. Atención Integral 2ª edición*. México: McGraw-Hill Interamericana 2003; 425-430.

26. Grayson ML, Gibbons GW, Balogh K, Levin E, Karchmer AW. Probing to bone in infected pedal ulcers. A clinical sign of underlying osteomyelitis in diabetic patients. *JAMA* 1995; 273:721-723.

27. Apelqvist J, Larsson J, Agardh CD. Long-term prognosis for diabetic patients with foot ulcers. *J Intern Med* 1993; 233: 485-491.

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFECÇÕES!

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



RESULTADOS SURPREENDENTES!

HomeoPast

© 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** PODOLOGIA ESTÉTICA

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

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL

TENHA TODOS OS NOSSOS PRODUTOS EM SUA CLÍNICA!



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

Manifestaciones en los Pies de las Enfermedades Sistémicas.

Podiatra Jeffrey M. Robbins. Estados Unidos de Norte América.

Esta materia se concentrará en las manifestaciones de varias enfermedades en las extremidades inferiores, destacando los problemas que se originan en los pies. Los médicos que se ocupan del cuidado de las extremidades inferiores con frecuencia observarán estas manifestaciones en pacientes afectados por enfermedades sistémicas.

El podiatra suele mantener una relación prolongada con su paciente. Esto representa una ventaja para el médico, ya que le permite una detección temprana de los estados patológicos y un marco para el monitoreo de una dolencia crónica. Más importante aún en esta relación prolongada es el cuidado preventivo proactivo brindado por la atención primaria. Por lo tanto, el médico debe considerar la evaluación de la enfermedad sistémica simplemente como parte del diagnóstico podiátrico. No se la puede separar en el cuidado del paciente. Los principios son los mismos: una buena anamnesis continúa siendo esencial y debe ser seguida por un examen físico completo y organizado.

Es preciso prestar una atención especial al paciente como un todo, descartando muchas opiniones preconcebidas sobre discapacidades relacionadas con la edad. Resulta sumamente importante que en todos los pacientes se consideren algunos riesgos para la salud que son simples pero que con frecuencia se olvidan. Es probable que de estos riesgos el más lesivo para la salud sea el uso del tabaco. El fumar cigarrillos, ya sea por el paciente o en torno a él, muchas veces es ignorado por el podiatra. Este veneno ambiental significativo producirá efectos desfavorables en todos los pacientes.

Otro riesgo importante para la salud es la drogadicción. Esto puede implicar el abuso de drogas francamente ilícitas como la marihuana o la heroína o el abuso de drogas "legales" prescritas por uno o más médicos, incluido el podiatra. Con frecuencia se evita o simplemente se olvida interrogar al paciente anciano sobre el abuso de drogas.

La droga aislada más importante de la que se abusa, el alcohol, es una droga legal que no requiere prescripción. El abuso del alcohol puede ser un problema de toda la vida oculto desde el comienzo de la edad adulta o un abuso de inicia-

ción reciente que comenzó a la edad de la jubilación.

PATOLOGIA DE LAS UÑAS

En la medicina podiátrica se dedica mucho tiempo al cuidado de las uñas. En su estado normal la uña es una placa delgada y transparente que parece ajustarse de manera precisa dentro de los pliegues ungueales en cada lado. Está constituida por capas de queratinocitos compactos muertos y anucleados. En el extremo proximal de la uña existe una zona pálida en forma de media luna. Esta región en realidad se proyecta desde debajo del pliegue proximal de la uña; se la conoce como lúnula y es una extensión de la raíz de la uña. Su color blanco es generado por queratinocitos jóvenes.

La punta distal del dedo inmediatamente por debajo de la placa ungueal se conoce como hiponiquio. Es una masa engrosada de la piel que también está formada por queratinocitos. La banda dérmica de la uña se encuentra cerca de extremo distal de la placa ungueal. Esta área tiene alrededor de 1 mm de ancho y está situada transversalmente sobre la uña. En un punto de referencia importante para el diagnóstico de enfermedades sistémicas.

En ausencia de enfermedad la uña se encuentra muy adherida al lecho ungueal y está completamente anclada por fibras verticales que se proyectan desde el hueso y fibras procedentes del tendón del extensor común de los dedos del pie.

También es importante observar la velocidad de crecimiento de la uña, su forma y su grosor.

Observaciones tales como surcos de la uña, depresiones y pérdida de la uña también pueden ser significativas. La uña se comporta como un registro histórico de alteraciones pasadas en la dieta, el metabolismo y la exposición al medio.

Esto hace de la uña un elemento importante en el estudio de enfermedades sistémicas.

TRASTORNOS AUTOINMUNES

Muchas enfermedades y síndromes se incluyen en la categoría de trastornos autoinmunes.

Algunos de ellos tienen una alta probabilidad de ser causados por autoinmunidad, mientras que otros están fuertemente asociados con autoinmunidad pero no tienen una relación fácil-

mente demonstrável com ela.

Las enfermedades autoinmunes son consecuencia de una identificación errónea de tejido endógeno como extraño por parte del sistema inmune. El resultado de ello es la producción de anticuerpos contra este tejido. En ocasiones esto se produce debido a que el tejido o el líquido habitualmente no son presentados al sistema inmunológico para su identificación. Estos elementos muchas veces son intracelulares o están en alguna otra forma normalmente ocultos del sistema inmune en virtud de su localización en el cuerpo.

Esclerosis sistémica progresiva (esclerodermia)

La esclerosis sistémica progresiva es un trastorno del tejido conectivo de etiología desconocida. La enfermedad hace que el cuerpo deposite colágeno en los tejidos de manera anormal. Existen importantes alteraciones inflamatorias, fibróticas y degenerativas asociadas con esta enfermedad.

Las zonas comprometidas con frecuencia son el esófago, el intestino, el corazón, los pulmones, los riñones. También existen lesiones vasculares de la piel, de allí la denominación habitual de esclerodermia. Se ha encontrado que un número significativo de personas afectadas tienen anti-

cuerpos antinucleares. Aquellos que no los presentan por lo general tienen anticuerpos anticentromérico.

Esta enfermedad habitualmente sigue una evolución lenta, con síntomas que aparecen en forma gradual. Las mujeres están afectadas con una frecuencia dos a tres veces mayor que los hombres. Se trata de una enfermedad rara durante la niñez y se la considera una enfermedad de la tercera a la quinta décadas de la vida. Sin embargo, existen formas de evolución más rápida. Algunas de ellas pueden provocar una enfermedad renal hipertensiva fulminante, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar o mala absorción intestinal severa.

La presencia de una disminución de la motilidad gástrica asociada con síntomas de Raynaud aumenta considerablemente la sospecha de una esclerosis sistémica progresiva. Por consiguiente, las manifestaciones pedias de esta entidad pueden contribuir al diagnóstico final. La confirmación de la enfermedad debe hacerse por biopsia de la piel afectada, la aponeurosis profunda y el músculo adyacente. La muestra, cuando es positiva, presentará histiocitos, plasmocitos, linfocitos y eosinófilos en algunos casos.

Las manifestaciones pedias de la esclerosis sistémica progresiva son principalmente las que corresponden al fenómeno de Raynaud. Los

CURSOS

PODOLOGIA

nível Básico

Mag Estética

Beleza feita com Arte

CONTEÚDO PRÁTICO E ATUAL

- Biologia Geral
- Patologia dos pés
- Biossegurança
- Organização e Gestão
- Ética e relações profissionais
- Primeiros Socorros
- Anamnese
- Órteses - correção da curvatura da unha (fibra e botton)
- Onicomicoses
- Calos e calosidades
- Verrugas
- Tratamento dos pés (hidratação e nutrição)
- Polimento
- Afição de instrumentos
- Noções de reflexologia
- Micro-motor (brocas)

Aulas práticas com modelos

Valor do Curso: R\$ 1.200,00 (8 parcelas de R\$ 150,00)

Modelo Podhol
O novo companheiro do podólogo

Micromolar

Aparelho de corrente alternada, de frequência elevadíssima.
Composto de cinco eletrodos que através de processo de faiscamento produzem ozônio que tem as funções: bactericida, bacteriostática, fungicida, estimulante, hemostática e destrutiva.

Carga Horária: 320 horas (8 meses)

Próxima Turma: consultar data

Inscrições grátis
Inscruva-se Já!

Tratamento Pés e Mãos

Kit Keramotil

Sistema desenvolvido com a finalidade de minimizar contaminações durante o procedimento e agilizar em 50% o trabalho dos profissionais das áreas de podologia e estética/beleza.

Phitocreme
(Creme Hidratante/Cicatrizante)
Rende até 100 aplicações mãos e pés.

Keramotil
(Concentrado)
Rende 720 ml

Higienize
(Concentrado)
Rende 1440 ml

O Kit completo contém:
1 higienize concentrado,
1 higienize pronto para uso spray,
1 Keramotil concentrado,
1 Keramotil pronto para uso spray e
1 Phitocreme.

Novo endereço: Av. Paes de Barros, 3237 - Mooca - SP - Fone:(11) 6161-7763
E-mail: magestetica@magestetica.com.br www.magestetica.com.br

pacientes pueden presentarse con tumefacción insidiosa de la extremidad distal, piel gruesa tensa, mialgia, artralgia o hipersensibilidad al frío.

En los pacientes con una enfermedad de larga data las uñas presentan surcos longitudinales y se vuelven muy delgadas. El adelgazamiento de las uñas puede conducir a que se abran y alisen, así como a su transparencia. En estos casos es posible observar que el lecho ungueal da a las uñas una tonalidad roja. Los dedos también pueden presentar ulceraciones en el extremo distal que son pequeñas pero sumamente dolorosas. La piel será brillante y suave. Otras manifestaciones de las uñas pueden incluir formación de pterigión, con sobrecrecimiento de la cutícula y fusión con el pliegue ungueal dorsal, así como Líneas de Beau (surcos transversales de las uñas).

Las pruebas diagnósticas no invasivas como los estudios Doppler bidireccionales y la fotopleti-mografía pueden resultar muy útiles. La fotople-tismografía por exposición al frío es altamente confiable y se puede llevar a cabo fácilmente en el consultorio.

Síndrome de Raynaud

El síndrome de Raynaud puede ser una entidad patológica primaria o un fenómeno secundario a otra entidad nosológica, como las enfermedades del tejido conectivo. Por lo tanto, el tratamiento y el pronóstico se relacionan con la distinción entre enfermedad de Raynaud y fenómeno de Raynaud secundario a una esclerosis sistémica progresiva.

La enfermedad de Raynaud por lo general es bilateral y no muestra progresión de los síntomas durante 2 o más años. Para una ulterior dilucidación de esta distinción el médico debe tener presente que en la enfermedad de Raynaud idiopática por lo general no existen zonas gangrenosas.

El tratamiento de la enfermedad en sus formas leves puede ser algo tan simple como evitar las temperaturas frías y abandonar por complete toda droga que contenga nicotina en cualquiera de sus formas.

Se han intentado muchos otros tratamientos con un grado variable de éxito. Se han empleado actividades de tipo relajación como la biorretroalimentación. También se han probado diferentes fármacos, pero el éxito parece depender más del paciente. Se ha comunicado que fármacos tales como los bloqueantes de los canales del calcio (nifedipina) y la pentoxifilina son beneficioso.

La simpatectomía constituye un último recurso y parece ser beneficiosa durante varios años.

La acrocianosis con frecuencia se confunde con

los síntomas del síndrome de Raynaud. Esta enfermedad benigna debe considerarse en el diagnóstico diferencial del síndrome de Raynaud debido a su asociación con la exposición al frío. La acrocianosis también produce vasoespasmo en las extremidades. Las arteriolas superficiales están afectadas y resultan en un aspecto cianótico persistente. No existe ulceración, dolor ni alteraciones isquémicas tróficas y por lo general no hay necesidad de un tratamiento. Estos síntomas habitualmente tienen un carácter simétrico y se los encuentra en las manos y en los pies. También puede presentarse hiperhidrosis. Como muchos de los procesos correspondientes a la categoría de trastornos autoinmunes, la enfermedad se manifiesta con mayor frecuencia en las mujeres.

Polimiositis y dermatomiositis

La polimiositis y la dermatomiositis son dos trastornos del músculo estriado estrechamente asociados. Su etiología no está clara y estos trastornos aparecerán con mayor frecuencia como asimétricos en su presentación de debilidad y atrofia muscular. Las zonas habitualmente afectadas son las cinturas escapular y pelviana, el cuello y la faringe. Este trastorno se observa con mayor frecuencia en las mujeres en una relación de 2:1. Cuando los síntomas aparecen en la piel se utiliza el término dermatomiositis.

Este proceso puede observarse en cualquier momento de la vida desde la lactancia hasta vejez. Con frecuencia se lo describe como una enfermedad mixta del tejido conectivo. Debido a sintomatología gastrointestinal y esofágica acompañante, así como a los componentes dérmicos, es posible afirmar que realmente se trata de una esclerosis sistémica progresiva. Las manifestaciones cutáneas también se parecen al lupus eritematoso sistémico.

Las manifestaciones en el pie pueden incluir debilidad muscular de las extremidades inferiores en el 95% de los pacientes. Se observa debilidad muscular distal en el 27% de los casos documentados. Puede haber una erupción sobre el dorso de los pies y los maléolos mediales, similar en aspecto a la erupción observada en el tronco, los codos y los brazos. Se presentará ligeramente sobreelevada, escamosa y eritematosa, tal como en lupus eritematoso sistémico. En alrededor del 24% de las personas se observarán problemas de artritis y un 30% tendrá un fenómeno de Raynaud asociado.

El síntoma de consulta de presentación más frecuente es la dificultad para subir escaleras, levantarse de una silla o efectuar cambios en la marcha.

La evaluación del ciclo de la marcha revelara torpeza e inestabilidad progresivas en la forma de caminar. En la fase aguda es posible observar síntomas sistémicos y una rápida pérdida de peso.

Lupus eritematoso sistémico

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad inflamatoria crónica de origen desconocido.

Con frecuencia los pacientes acuden a su médico de cabecera después de una exposición al sol quejándose de una erupción o "quemadura". Muchos de estos pacientes habrán experimentado problemas con los baños de sol en el pasado. Esta enfermedad se ve más a menudo en mujeres que en hombres, con una relación de 10:1. Los adultos jóvenes mayores de 30 años de edad son los que tienen mayores probabilidades de ser afectados.

Como ya se ha descrito, la erupción es roja, popular y escamosa. El término exantema en alas de mariposa se usa cuando la erupción se produce sobre la superficie malar. Otras manifestaciones de esta enfermedad incluyen pleuresía, pericarditis, signos renales o neurológicos, anemia, poliartralgia, artritis y fiebre.

La enfermedad se puede presentar como un proceso leve o ser extremadamente rápida en su acción destructora. La remisión y la exacerbación pueden convertirse en la regla para el paciente. Esta evolución impredecible se puede manifestar como una lesión vascular del riñón, la que tiene un pronóstico muy desfavorable. Con mayor frecuencia se observarán artritis que se parecen mucho a la artritis reumatoidea. Las artralgias acompañantes y la tumefacción de las articulaciones forman parte del cuadro de presentación en el 90% de los casos. Las manifestaciones en las extremidades inferiores incluyen necrosis avascular de la cabeza del fémur, neuropatía periférica y síntomas de Raynaud.

Poliarteritis nudosa

La poliarteritis nudosa, también conocida como vasculitis necrotizante, es un trastorno inflamatorio segmentario de los vasos sanguíneos, en particular de las arterias de mediano y pequeño calibre. Esta enfermedad se presenta en hombres de mediana edad y tiene ambas presentaciones, aguda e insidiosa. Sin embargo, no parece haber un cuadro típico.

Por lo general el paciente presenta fiebre de origen desconocido. Las presentaciones de este tipo constituyen un desafío extremo para el diagnóstico.

El paciente puede presentarse con intenso

dolor abdominal agudo o con frecuencia con infarto hepático, bronconeumonía, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o hipertensión. Otras enfermedades asociadas son la enfermedad de Kawasaki en lactantes y niños, el síndrome de Churg-Strauss y el síndrome de Cogan.

Las manifestaciones en las extremidades inferiores se asocian con neuropatía, unilateral o periférica y artralgias, edema y nódulos subcutáneos. Los nódulos subcutáneos pueden ser palpables a lo largo del trayecto de la arteria afectada. En presencia de este cuadro clínico tan confuso que varía entre una enfermedad aguda de la vesícula biliar y una enfermedad coronaria, sólo la arteriografía selectiva y la biopsia pueden establecer el diagnóstico. El músculo gastrocnemio (tríceps sural) no debe usarse para la biopsia a menos que sea el único músculo afectado, debido al alto riesgo de generar una trombosis venosa profunda. Se requieren pruebas diagnósticas distintas de la biopsia para excluir otras patologías.

TRASTORNOS HEREDITARIOS

Síndrome de Marfan

El síndrome de Marfan es un trastorno hereditario autosómico dominante que afecta el tejido conectivo. El signo más llamativo es la aracnodactilia y la gravedad de la enfermedad varía de una persona a otra. Los pacientes serán más altos que otros individuos de su familia y también con respecto a su edad.

Esta enfermedad puede ser debilitante. Las manifestaciones oculares conducen a subluxaciones del cristalino y en ocasiones a desprendimiento de retina. Puede existir una enfermedad cardíaca asociada que es principalmente el resultado de anomalías de la aorta.

Las manifestaciones del síndrome de Marfan en las extremidades inferiores y los pies son hiperlaxitud de las articulaciones y los ligamentos, genu recurvatum, cifoescoliosis y pie plano. Se pueden observar muchas otras anomalías esqueléticas y del desarrollo. La extensión de la enfermedad determina el tratamiento, pero son pocos los tratamientos satisfactorios.

Síndrome de Ehlers-Danlos

El síndrome de Ehlers-Danlos es una enfermedad sobre la cual se conoce poco; se transmite en forma autosómica dominante y presenta al menos diez formas distintas. Se considera que existe un defecto en los enlaces cruzados de las fibrillas del colágeno que produce las manifesta-

ções habituais. Como em el síndrome de Marfan, puede presentarse hiperlaxitud articular. La piel muchas veces es frágil y aparecen hematomas con facilidad. Los traumatismos menores ocasionan heridas amplias que tienden a no sangrar demasiado. Los bordes de las heridas son muy frágiles y difíciles de suturar.

En las extremidades inferiores pueden aparecer varicosidades y otros problemas vasculares. Con frecuencia se desarrollan derrames articulares (acumulaciones de líquido articular). Esto conduce a la pérdida de la función. Los esguinces de tobillo y las luxaciones articulares constituyen la forma de presentación más frecuente en el marco de atención primaria.

ARTRITIS

Artritis reumatoidea

La artritis reumatoidea del adulto es una inflamación no supurada crónica de las articulaciones sinoviales. Las mujeres resultan dos a tres veces más afectadas que los hombres. El comienzo es insidioso. Al principio aparece dolorimiento y rigidez, con aumento gradual del dolor articular. La rigidez matinal es una molestia importante. Los síntomas suelen iniciarse en las

manos y los pies a nivel de las articulaciones interfalángicas proximales y metatarsofalángicas. También se ha observado tenosinovitis de las vainas de los tendones de los músculos flexores y extensores con un patrón bil. Hay muchos cambios tardíos en la artritis reumatoidea. Se pueden ver derrames intraarticulares con articulación tumefacta blanda, edema periarticular y desviación cubital/peronea. Clásicamente se mencionan la deformidad en ojal en la articulación interfalángica proximal (hiperextensión a nivel de la articulación interfalángica distal) y la deformidad en cuello de cisne (hiperextensión de las articulaciones interfalángicas proximales).

Las manifestaciones de las extremidades inferiores incluyen hallux valgus, alteraciones osteoporósicas, estrechamiento del espacio articular en las articulaciones interfalángicas proximales y en las articulaciones metatarsofalángicas, y erosiones subcondrales. Se ha comunicado la aparición de necrosis aséptica, un hallazgo muy grave, en forma espontánea o asociada con el uso de corticosteroides.

Artritis reumatoidea juvenil

La artritis reumatoidea juvenil se presenta antes de los 16 años de edad. El momento de



FITOCOSMÉTICOS PARA SAÚDE E BELEZA



Creme Alta Hidratação
Calêndula e Aloe Vera

Para fissuras do calcanhar, asperezas e ressecamentos da pele.



Gel Relaxante Corporal e Gel Pernas e Pés
Arnica, Hamamelis e Castanha da Índia

Para relaxamento da tensão no pescoço, ombros, costas e cansaço das pernas e pés. Associado à massagem, auxilia na ativação da circulação.



Aloe Vera:
umectante, regenerador de tecidos e anti-inflamatório



Calêndula:
emoliente, restaurador, cicatrizante e anti-séptico



Arnica:
estimulante, anti-inflamatório, para contusão e hematomas.



Hamamelis:
ativa a circulação, adstringente e cicatrizante.



Castanha da Índia:
aumenta a resistência e tônus das veias, vasoconstritor e anti-edematoso.

Tel. (+55-11) 6605-0567 - Telfax. 6605-2777 - www.phytosessence.com.br
CADASTRE-SE COMO PROFISSIONAL, REVENDEDOR OU REPRESENTANTE ATRAVÉS DO NOSSO SITE

instalación de la enfermedad no se asocia con una distribución uniforme entre todas las edades menores de 16, ya que presenta máximos bimodales a las edades de 2 a 5 y de 9 a 12 años. Se la encuentra con mayor frecuencia en los niños. La artritis reumatoidea juvenil se caracteriza por fiebre en picos en un 20% de los pacientes.

El niño muchas veces está gravemente enfermo y también puede padecer hepatoesplenomegalia, linfadenopatía y poliartritis.

La maduración sexual de estos niños puede estar retrasada, si bien es posible que se produzca el cierre temprano de las placas epifisarias. El 50% de los pacientes presentan anomalías del crecimiento que se observan fácilmente en el examen físico. Resulta sorprendente que casi el 70% de estos pacientes recupere una función articular casi normal hacia la edad adulta.

Espondilitis anquilosante

La espondilitis anquilosante es una forma progresiva crónica de artritis que afecta las articulaciones sacroilíacas, las articulaciones interapofisarias de la columna vertebral y los tejidos blandos paravertebrales. Puede haber osificación de los discos vertebrales. También conocida como enfermedad de Marie-Strumpell, afecta a los hombres con una frecuencia tres veces mayor que a las mujeres. La instalación de la enfermedad es insidiosa y comienza con dolor lumbar. En el 10% de los casos se observa un dolor de tipo ciático y rigidez matinal. El movimiento de la espalda se vuelve cada vez más limitado.

En la radiografía se observa una columna en "caña de bambú", con su aspecto característico de engrosamiento de segmentos en la columna vertebral. El paciente puede presentarse al podiatra con anomalías de marcha debido a la restricción en la zona lumbar. El dolor disminuye cuando el paciente adopta una posición inclinada hacia adelante, lo que aumenta las anomalías de la marcha.

Artritis psoriásica

La artritis psoriásica, como su nombre lo indica, se asocia con psoriasis. Si bien sólo un 7% de todos los pacientes psoriásicos se encuentran afectados, es obvia la importancia de reconocer las manifestaciones de este proceso.

Las variaciones en esta enfermedad oscilan desde artritis asimétricas debilitantes leves en las articulaciones interfalángicas distales hasta compromiso de articulaciones grandes como sacroilíaca. La resorción de la falange terminal y aspecto de un "dedo en salchicha" son los elementos distintivos clásicos. El 80% de estos

pacientes tendrán uñas con depresiones o alteraciones psoriásicas en las uñas. Esta puede ser una forma de artritis altamente invalidante. Muchas veces las manifestaciones cutáneas y articulares pueden aparecer en forma simultánea y remitir mismo tiempo.

El tratamiento es similar al tratamiento de artritis reumatoidea; sin embargo, se han agregado al régimen los agentes antipalúdicos, si bien con un éxito limitado. Otras medicaciones y modalidades que se emplean en el tratamiento son la foto quimioterapia, con psoraleno y luz ultravioleta (PUVA) y el agente quimioterápico etretinato. Esta droga altamente tóxica sólo se emplea cuando no existe riesgo de embarazo. También se puede usar oro y otros tratamientos antirreumatoideos.

Síndrome de Reiter

El síndrome de Reiter es una artritis reactiva. Existen dos formas reconocidas: la de transmisión sexual y la disintérica. Se trata de una enfermedad de hombres jóvenes, habitualmente de aquellos que pertenecen al grupo etario de 20 a 40 años. Las mujeres y los niños en general no se presentan con el síndrome de Reiter. Este síndrome habitualmente se asocia con una infección por *Chlamydia trachomatis*, pero las formas entéricas pueden ser causadas por *Shigella*, *Solmonella*, *Yersinia* o *Campylobacter*. En más de la mitad (63 a 95%) de los afectados se detecta el antígeno tisular HLA-B27.

La presentación característica consiste en uretritis, artritis, conjuntivitis, balanitis circinada y posibles ulceraciones bucales. La artritis puede ser grave y asimétrica y comprometer múltiples articulaciones, tanto grandes como pequeñas.

Los hallazgos en los pies incluyen entesopatía con tendinitis del Aquiles o fascitis plantar y queratodermia blenorragica que se observa en las plantas de los pies y las palmas de las manos. Estas lesiones hiperqueratósicas también pueden afectar las uñas.

El diagnóstico se realiza luego de un período de 1 a 2 meses de artritis y uretritis. Los cultivos de gonococos serán negativos en el síndrome de Reiter.

Éste es un trastorno autolimitado que dura entre 6 semanas y 6 meses. Sin embargo, la recurrencia es común.

El tratamiento consiste en agentes antiinflamatorios, inyecciones de corticosteroides en el sitio de entesopatía si es necesario y la administración oral de tetraciclina o eritromicina, 500 mg 4 veces por día durante 10 días cuando es provo-

cado por clamidias. Tanto el paciente como la pareja o parejas sexuales deben ser tratados.

Artrosis (artropatía degenerativa)

La artrosis (artropatía degenerativa; osteoartritis) es un trastorno no inflamatorio común de las articulaciones. Las investigaciones realizadas en el Reino Unido sugieren que en realidad existe una predisposición hereditaria, así como una relación con determinados mecanismos de producción. Esta enfermedad se manifiesta en las articulaciones móviles que soportan peso con un deterioro del cartílago articular. La neoformación de hueso se observa en las áreas subcondrales y en los márgenes de las superficies articulares.

La mayoría de las personas siempre asocian esta enfermedad con el proceso normal de envejecimiento. Aunque es más prevalente en las personas de edad avanzada, el fenómeno de desgaste o deterioro natural también se observa en la obesidad patológica, como consecuencia de anomalías adquiridas o del desarrollo y en atletas de competencias.

El dolor articular después de períodos de reposo y con las bajas temperaturas, la crepitación y los espasmos son síntomas comunes en la artrosis. La limitación del movimiento y la mala alineación son signos frecuentes observados por el clínico. En el pie es posible hallar una tumefacción fusiforme de los dedos, hallux valgus y atrofia de los músculos circundantes.

Artritis séptica

La artritis séptica es una invasión de la membrana sinovial por microorganismos vivos. Los factores que determinan que esto se produzca incluyen bacteriemia, predisposición de ciertos microorganismos a invadir la articulación y una susceptibilidad anormal del huésped causada por ejemplo por traumatismo, cirugía e inyección.

Cualquier articulación puede resultar afectada por microorganismos. Todo lo que se requiere es que penetren en ella. En este caso la articulación se vuelve roja, caliente y tumefacta. Puede drenar o no, pero es casi seguro que se desarrollarán signos y síntomas sistémicos a menos que las respuestas queden enmascaradas por los fármacos. La linfangitis es una fuerte indicación de que el tratamiento debe iniciarse con premura.

Gota

La gota es una de las afecciones comunicadas con mayor frecuencia. Considerada en una época como la enfermedad de los ricos debido a su aso-

ciación con el consumo de carne, hoy en día esta entidad patológica se produce en todos los estratos socioeconómicos. El ataque agudo en extremo doloroso es consecuencia del depósito de cristales de urato monosódico en el líquido sinovial y por lo general es monoarticular. Con el tiempo estos cristales pueden formar un tofo en las articulaciones, el riñón y localizaciones subcutáneas.

La causa es una hiperuricemia ya sea por sobreproducción o por una disminución de la depuración de ácido úrico. Si bien es probable que el ataque agudo se asocie con concentraciones séricas de ácido úrico superiores a los 7 mg/dl en los hombres (1 mg menos en las mujeres antes de la menopausia), el nivel de ácido úrico puede estar dentro de los límites normales en el momento de la presentación en el consultorio.

La gota primaria es un trastorno congénito hereditario del metabolismo. Entre un 85 y un 90% de estos pacientes son hombres. El comienzo se puede producir a cualquier edad pero generalmente ocurre alrededor de la quinta década de la vida. El ataque inicial puede tener lugar después de un incidente traumático, como cirugía, ingestión de alcohol o depresión emocional. Los ataques de gota también pueden ser precipitados por fármacos, de los cuales los más comunes son los diuréticos tiazídicos, la insulina y la penicilina.

El comienzo de los síntomas en las extremidades inferiores es rápido. Hay una predilección por la primera articulación metatarsofalángica, donde la gota se denomina podagra. Las articulaciones del tarso, los tobillos y las rodillas también pueden verse afectadas. El pico de dolor se produce en un lapso de horas después del comienzo de los primeros síntomas. La tumefacción periarticular, el eritema y el dolor intenso son las características distintivas de un ataque gotoso agudo. También puede haber febrícula y leucocitosis. El diagnóstico es definitivo cuando existen cristales de urato en el líquido articular aspirado.

Cuando el diagnóstico es dudoso, la colchicina es el fármaco de elección a menos que el paciente no la tolere.

En la gota establecida se prefieren los fármacos antiinflamatorios no esteroideos. Éstos incluyen indometacina, tolmentina, ibuprofeno o cualquier otro agente antiinflamatorio no esteroide.

Los corticosteroides rara vez se emplean pero constituyen una alternativa razonable cuando las otras terapias no resultan satisfactorias. Después del ataque agudo se debe efectuar la derivación para iniciar el tratamiento preventivo de las recurrencias.

Condrocalcinosis

La condrocalcinosis consiste en la presencia de sales de calcio en el fibrocartilago y el cartilago hialino en una o más articulaciones. Estas sales incluyen pirofosfato de calcio, hidroxapatita de calcio y ortofosfato de calcio.

La seudogota consiste en la aparición de sinovitis inflamatoria aguda o crónica asociada con la presencia de cristales de pirofosfato de calcio dihidratado en el líquido sinovial. También existe una calcificación cartilaginosa. Esta gota inducida por cristales se asocia con el envejecimiento. Se observe en otras afecciones médicas, que incluyen la gota primaria y trastornos como hiperparatiroidismo, alcaptonuria, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, acromegalia y dia-

betes mellitus.

El comienzo es súbito y los síntomas por lo general tienen una duración de 2 semanas. Esta enfermedad afecta las rodillas, las grandes articulaciones periféricas, las manos y los pies. El diagnóstico es concluyente con la presencia de cristales de pirofosfato de calcio dihidratado en el líquido sinovial.

El tratamiento es con colchicina, 1 mg por vía intravenosa, seguido por una dosis repetida a las 12 horas si los síntomas y el dolor persisten. Cualquier derrame sinovial debe ser drenado. Por lo general el pronóstico es bueno. ▣

Texto extraído del libro "Podología. Atención Primaria" del mismo autor de esta nota.

Bibliografía:

Arterial Doppler. IMEX 9000 systems manual, 1990. Bedman M: Dermatology Lecture Notes. OCPM, 1992. Colran RS, Kumar V, Robbins SL (eds): Robbins Pathologic Basis of Disease, ed 4. Philadelphia, WB Saunders.1989.

Fitzpatrick TB: Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. NY, McGrawHill Information Service Co,1991.

Guyton AC: Textbook of Medical Physiology, ed 8. Philadelphia, WB Saunders, 1991.

Kompus D: Pedal Manifestations of HIV. Unpublished manuscript. OCPM, 1992.

Levy L, Hetherington VJ: Principles and Practice of Podiatric Medicine. New York, Churchill Livingstone, 1990. Merck Manual. Merck, Sharpe & Dohme Research Laboratory, Rahway, NJ, 1987.

Rakel RE: Textbook of Family Practice, ed 4. Philadelphia, WB Saunders, 1990.




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

Fitoterapia Aplicada a Enfermedades Sistémicas que Afectan al Pie.

Fernández Digón, Alejandro DP, Alonso Peña, David DM, Alonso Peña, Javier DM, Sánchez Rodríguez, Raquel DP, Martínez Nova, Alfonso DP *. *España.*

Introducción:

Las enfermedades sistémicas, los pies y la fitoterapia.

En este trabajo se repasan las enfermedades sistémicas que pueden reconocerse por las señales y síntomas que se observan en los pies, o que afectan a los pies de manera especial.

La diabetes es una enfermedad sistémica, que en los pies puede tener consecuencias especialmente graves, por eso es necesario tratar la patología principal ya que al mejorar esta mejoran también los pies, no se debe olvidar que el pie viene unido a la persona.

Tras casi dos siglos de descenso inexorable en el uso de las medicinas herbáceas, algo bastante inesperado ha empezado a suceder. Las plantas, que siempre han sido los principales medicamentos en los países en vías de desarrollo, vuelven una vez más a ser populares en el mundo desarrollado, a medida que la gente se esfuerza para estar sana frente al estrés crónico y la contaminación y para tratar la enfermedad con medicinas que actúan de forma armónica con las defensas de su propio cuerpo.

La variedad y cantidad de plantas con propiedades terapéuticas es bastante amplia, pues se estima que en uno u otro momento han sido utilizadas alrededor de 70.000 especies vegetales, desde líquenes hasta árboles con fines medicinales.

La medicina convencional emplea todavía unas 500 hierbas, aunque es raro que se utilice la planta completa. En general, las hierbas proporcionan la materia prima para aislar o sintetizar drogas convencionales. Por ejemplo, la digoxina, utilizada para la insuficiencia cardiaca, fue aislada de la Dedalera (*Digitalis purpurea*) y la píldora anticonceptiva se obtuvo por síntesis de los componentes aislados en el Ñame silvestre (*Discorea villosa*).

Al concentrarse en el aspecto científico de la herboristería, resulta fácil olvidar que mucho de lo que sabemos hoy día acerca de una planta

determinada, procede del uso tradicional que se le ha dado. Es más, incluso cuando una planta ha sido bien estudiada, las medicinas son tan complejas y variables que lo que se sabe en este momento rara vez es definitivo, es más bien una indicación de cómo actúan. En ocasiones, el uso tradicional, en la medida en que se basa en la experiencia de profesionales, proporciona una aclaración del modo de utilizar mejor una hierba que el conocimiento científico por si solo no ha podido dar.

TRASTORNOS AUTOINMUNES

Estas enfermedades se producen cuando el sistema inmune identifica tejidos foráneos dentro del cuerpo. En la mayoría de los casos se desconoce cuál es la causa de este proceso.

Escleroderma (esclerosis sistémica progresiva).

Esta es una enfermedad de etiología desconocida que provoca la esclerosis (endurecimiento) de los tejidos conectivos dentro del cuerpo. Se deposita dentro de estos tejidos una cantidad excesiva de colágeno. Por cada hombre que sufre esta enfermedad hay dos o tres mujeres que la padecen.

Los cambios observables en la piel de los pies pueden, con frecuencia, permitirnos diagnosticar con fiabilidad esta enfermedad. La piel de los pies se presenta más suave, brillante y compacta. Las uñas de los pacientes que llevan tiempo padeciendo esta enfermedad presentan estrías longitudinales que se extienden desde la base de las uñas hasta el borde. También se debilitan, hasta tal punto que pueden romperse por dichas estrías. Este debilitamiento hace que las uñas presenten un color rojizo.

Otros cambios que podemos observar en las uñas incluyen pterigión, es decir, una formación en la que la piel normal crece en exceso y produce molestias en las uñas. También podemos observar a lo largo de las uñas de los pies las líneas de Beau (acanaladuras transversales). Debido a los cambios que se producen en los pequeños vasos sanguíneos de la piel se pueden formar

pequeñas úlceras dolorosas en los dedos, que al curarse dejan pequeñas depresiones en la piel.

El tratamiento con plantas (en este caso con aceites de plantas) irá encaminado a:

- Disminución de la agregación plaquetaria.
- Disminución de una respuesta autoinmune.
- Normalización de los niveles reducidos de ácidos grasos esenciales.

Se recomiendan los aceites de cártamo y de soja, también se aconseja el aceite de girasol por su contenido en vitamina E (antioxidante), o un suplemento de vit.E (600 U.I. diarias), pero pueden obtenerse mejores resultados con el uso de aceite de linaza, ya que contiene los ácidos linoléico y alfa-linoléico (un aceite omega-3).

El ácido linoléico posee un efecto más importante sobre las plaquetas y es necesario para la composición normal del SNC. Sin embargo, una vez que la esclerosis ha progresado hacia una discapacidad grave estas medidas no influyen mucho.

ARTROPATÍAS

La artritis se define como la enfermedad que causa la hinchazón de una articulación con el resultado de dolor. Distintos tipos de artritis afectan a diferentes partes de las articulaciones.

Las artropatías se dividen en dos tipos: las inflamatorias y las no inflamatorias.

Artropatías de tipo inflamatorio.

La artritis reumatoide: Se trata de una artropatía de tipo sistémico crónico que afecta fundamentalmente a las pequeñas articulaciones de las manos y de los pies. A menudo, en ambos pies resultan afectadas las articulaciones metatarsófalgicas. Se desarrollan dedos en martillo y juanetes. La almohadilla de grasa que tenemos en la parte lateral del pie se reduce y como resultado se pueden formar úlceras producidas por la presión.

Para el tratamiento de la artritis reumatoide podemos utilizar una planta originaria de África, el Harpagofito (*Harpagophytum procumbens*), sus componentes principales son los Glicósidos de iridoides (harpagósido), azúcares (estaquiosa), fitosteroles, flavonoides y harpagoquinona.

Los principales efectos que nos interesan son:

- Antiinflamatorio.
- Analgésico.

Gota

Esta enfermedad afecta aproximadamente a un

3 % de la población. En un ataque de gota es la primera articulación metatarsófalgica (la articulación del dedo gordo del pie) la que se ve afectada con mayor frecuencia. Cuando esta es la articulación perjudicada tradicionalmente se denomina "podagra".

Para tratar la gota podemos utilizar el Apio (*Apium graveolens*), más conocido como verdura que como medicamento, es una hierba depuradora y diurética y las semillas se utilizan para afecciones artríticas en las que exista acumulación de productos de deshecho.

Sus componentes principales son: aceite volátil que contiene limoneno, cumarinas, furanocumarinas y flavonoides.

Las semillas se utilizan actualmente para tratar las afecciones reumáticas y la gota. Ayuda a los riñones a eliminar los uratos y otros productos de deshecho y también funciona reduciendo la acidez del cuerpo en general.

Las semillas sirven para la artritis, ayudan a desintoxicar el cuerpo y facilitan la circulación sanguínea a los músculos y articulaciones.

Artropatías no inflamatorias.

Osteoartritis

La osteoartritis es el tipo de artropatía más común. Entre un 75 y un 80 % de la población padece al menos el grado leve de esta enfermedad. La falta de movimiento de la articulación se produce de manera progresiva al irse perdiendo el cartílago. En el pie lo más probable es que esta enfermedad provoque la aparición de juanetes, dedos en martillo e hipertrofia ósea (exostosis).

Para el tratamiento de la osteoartritis podemos utilizar la corteza de Sauce blanco (*Salix alba*), justamente reconocido como fuente original del ácido salicílico (precursor de la aspirina), sus componentes principales son: glicósidos fenólicos, ácido salicílico, flavonoides y taninos.

Es un remedio excelente para dolores artríticos, alivia la inflamación e hinchazón, y favorece la movilidad de las articulaciones.

Los efectos principales que nos interesan son:

- Antiinflamatorio.
- Analgésico.
- Antirreumático.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Éstas son enfermedades que afectan al corazón y que tienen efectos secundarios sobre los órganos circundantes e incluso sobre áreas alejadas del corazón.

Insuficiencia cardiaca congestiva.

Esta enfermedad está producida por un fallo en el corazón a la hora de bombear la sangre precisa. Esto acaba provocando una presión posterior sobre el sistema vascular, lo que produce, a su vez una hinchazón excesiva (edema) en los pies y en las piernas. Esta inflamación no sobreviene al llegar la noche o al elevar las piernas. Se pueden formar úlceras abiertas en la baja pierna y en el pie por la presión y la falta de oxigenación de la piel.

Para tratar la insuficiencia cardiaca utilizaremos el Espino albar (*Crataegus oxycantha*), en un ensayo efectuado en Alemania en 1.994 se demostró que mejoraba el ritmo cardíaco y bajaba la tensión sanguínea.

En la Edad Media era conocido como símbolo de la esperanza y se tomaba para muchas dolencias. Actualmente se toma sobre todo para desórdenes de la circulación y del corazón, insuficiencia cardiaca y ritmo cardiaco irregular, funciona bien, pero necesita algunos meses para que se note el resultado.

Sus componentes principales son: bioflavonoides, triterpenos, glicósidos cianogénicos, aminas, polifenoles, cumarinas y taninos.

Sus efectos principales que nos interesan son:

- Cardiotónico.
- Dilata los vasos sanguíneos.
- Antioxidante (previene el deterioro de los vasos sanguíneos).

Anemia

La anemia es la reducción de hemoglobina en los glóbulos rojos. Como resultado decrece la capacidad de la sangre de transportar oxígeno. Los signos de la anemia que se pueden observar en pies y manos pueden incluir parálisis, hormigueo o dolor del nervio (neuralgia). A menudo el primer síntoma de las personas que padecen anemia perniciosa es la parálisis o entumecimiento. En los pies, los individuos que padecen anemias tienen edemas.

Para tratar la anemia, además de una dieta rica en hierro (en el caso de la Anemia ferropénica), especialmente en hierro ferroso (el que se encuentra en el hígado y la carne roja), y una dieta rica en vitaminas B6, B9 (Ácido fólico) y especialmente B12 (cianocobalamina), en el caso de la Anemia perniciosa, podemos ayudarnos de algunas plantas para combatirla como por ejemplo la Ortiga mayor (*Urtica dioica*), las hojas de la ortiga alivian la anemia y aumentan la

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 onicomicosis.

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.

producción de leche materna, disminuye o detiene la hemorragias y es buena para la menstruación excesiva.

Los componentes principales son: flavonoides (quercitina), aminas (histamina, colina, acetilcolina, serotonina), glucoquinona, minerales (ácido silfícico, calcio, hierro), fitoesteroles y fenoles.

Los efectos principales que nos interesan son:

- Tónico.
- Evita hemorragias.
- Alivia la anemia.

Otra planta que podemos utilizar para combatir la anemia es la Genciana (*Genciana lutea*), esta planta es un ingrediente básico de los aperitivos y licores amargos tradicionales como la angostura, medicinalmente la genciana fortalece el sistema digestivo débil o hipoactivo y al mejorar la función digestiva, aumenta la absorción de nutrientes a través de las paredes de los intestinos, favorece la absorción de una amplia variedad de nutrientes, entre ellos el hierro y la vitamina B12, por tanto, resulta útil para la anemia con deficiencia de hierro.

ARTERIOSCLEROSIS

Arteriosclerosis: Formación de placas grasas o de depósitos en la parte interna de la arteria.

En las formas avanzadas de arteriosclerosis la piel del pie se torna brillante y delgada, así como seca y agrietada. La presencia de dolor producido por falta de oxígeno en los tejidos, es una indicación de que sufrimos una arteriosclerosis avanzada.

El edema o la inflamación de la pierna baja también pueden ser un signo de la arteriosclerosis avanzada o grave.

Una de las plantas que podemos utilizar para tratar la arteriosclerosis es el Ajo (*Allium sativum*), conocido por su fuerte olor y sabor, el ajo es una medicina herbácea ideal, reduce el colesterol, alivia los desórdenes de la circulación tales como la tensión alta y reduce los niveles de azúcar en la sangre (por lo que también es útil para la dieta de la diabetes), además reduce los niveles de lípidos (grasas) en la sangre por lo que combate la arteriosclerosis.

Los componentes principales son: aceite volátil (alíina), escoridinas, selenio, vitaminas A, B, C y E.

Los efectos principales que nos interesan son:

- Baja la tensión.
- Anticoagulante.
- Fluidifica la sangre.
- Reduce los niveles de colesterol.

Otra planta que puede ser de utilidad para tratar la arteriosclerosis es el Ginkgo (*Ginkgo biloba*), el primer ginkgo creció hace unos ciento noventa millones de años y se cree que es el árbol más antiguo del planeta.

Sus principales virtudes son la mejora de la circulación, es antiinflamatorio, (se está estudiando para combatir la esclerosis múltiple), es útil para tratar la arteriosclerosis porque inhibe el factor de activación de las plaquetas, una sustancia que liberan una serie de células sanguíneas, este factor hace la sangre más espesa y por tanto más propensa a producir coágulos.

El ginkgo es la medicina de hierbas más vendida en Francia y Alemania, donde millones de personas de mediana edad en adelante la toman diariamente para mejorar la circulación, la memoria y prevenir embolias.

Otra planta de utilidad para tratar la tensión sanguínea alta y la arteriosclerosis es el Jengibre (*Zingiber officinale*), esta planta estimula la circulación y ayuda a que la sangre llegue a la superficie, por lo que también es un buen remedio para los sabañones y la mala circulación de las manos y pies.

DIABETES MELLITUS

La diabetes hace que cualquier proceso patológico o problema, por pequeño que sea se exagere. Una uña encarnada puede convertirse en una infección masiva. Un pequeño rasguño o una ampolla provocada por el mal ajuste de un zapato pueden acabar en una amputación. En Estados Unidos 1 de cada 20 americanos tienen diabetes. Uno de los problemas de estos pacientes es la pérdida de sensibilidad en los pies.

La diabetes se divide en dos categorías: el primer tipo o diabetes insulino dependiente y el segundo tipo o diabetes no insulino dependiente, en el primer tipo es necesaria la administración de insulina, pero en el segundo tipo se pueden controlar los niveles de azúcar con dietas, ejercicio y con medicamentos orales, y es la que vamos a tratar aquí.

Hay que tener presente que la diabetes afecta a la piel, al sistema vascular, a los nervios y a la sensibilidad al dolor, especialmente en los pies.

En la diabetes de tipo dos, no insulino dependiente, es fundamental seguir una dieta baja en grasas y especialmente en azúcares, los peores azúcares son los de absorción rápida, como la glucosa, sacarosa, etc. Y los más aconsejables son los carbohidratos complejos de asimilación

lenta; como los que contienen las legumbres, las verduras, el pan integral, etc.

Para el tratamiento de la diabetes con plantas medicinales podemos utilizar aquellas que estabilicen o reduzcan los niveles de azúcar en la sangre, una de las plantas que podemos utilizar es la Galega (*Galega officinalis*), contiene alcaloides (entre ellos galegina), saponina, flavonoides y taninos.

Antes se usaba como tratamiento para la peste, hoy se usa principalmente como antidiabética ya que reduce los niveles de azúcar en la sangre. No sustituye a los tratamientos convencionales, pero es buena en las primeras etapas de la diabetes tardía y la mejor forma de tomarla es en infusión. La galegina produce una reducción muy fuerte de los niveles de azúcar en la sangre.

Advertencia: Usar como parte del tratamiento de la diabetes sólo bajo control profesional.

Otra planta que podemos utilizar es la conocida Judía (*Phaseolus vulgaris*), esta humilde legumbre que se cultiva mucho en todo el mundo, contiene alantofina, azúcares, leucina, tirosina, arginina e inositol.

En polvo o en infusión son también hipoglucémicas y reducen los niveles de glucosa de la sangre en los tratamientos de la diabetes.

Para terminar hablaremos del Ciruelo de Java (*Syzygium cumini*).

Originario de zonas del sur de Asia y Australia, el ciruelo de Java es un ejemplo típico de planta tanto medicinal como alimenticia. El fruto maduro tiene el aroma y sabor del albaricoque maduro y se come en conserva.

Las semillas reducen los niveles de azúcar en la sangre y son buenas para tratar afecciones tales como la diabetes.

Los componentes principales son: fenoles (metilxanthoxilina), taninos, alcaloide (jambosina), triterpenoides y aceite volátil.

Los efectos principales son:

- Reduce los niveles de azúcar en la sangre.
- Diurético.

Los especialistas en hierbas recetan el Ciruelo de Java (*Syzygium cumini*) y el Arándano (*Vaccinium myrtillus*) para bajar los niveles de azúcar en la sangre.

La diabetes, que suele aparecer a partir de la edad madura, está aumentando en todo el mundo, y en sus primeras etapas, más leves, responde bien al tratamiento con hierbas, siempre que el paciente siga una dieta estricta. ▣

* AUTORES:

Fernández Digón, Alejandro	DP	*
Alonso Peña, David	DM	**
Alonso Peña, Javier	DM	**
Sánchez Rodríguez, Raquel	DP	***
Martínez Nova, Alfonso	DP	***

* Diplomado en Podología.

** Doctor en Medicina.

*** Diplomado en Podología. Profesor de Podología, Centro Universitario de Plasencia. Universidad de Extremadura.

Dirección de contacto:

Raquel Sánchez Rodríguez

Centro Universitario de Plasencia

Avda Virgen del Puerto 2 - 10600 Plasencia - Cáceres

E-mail: larake47@yahoo.es

Bibliografía.

1. Fitoterapia. Vademécum de prescripción. plantas medicinales. Editorial Masson. Barcelona, 1999.
2. Murria M, Pizzorno J. Enciclopedia de medicina natural. Editorial tutor. Madrid, 1998.
3. Berdonces Serra JL. Gran enciclopedia de las plantas medicinales. Editorial Tikal. Madrid.
4. Mix G. Podología. Cuidados del pie. Editorial Paraninfo. Madrid 2001.
5. Chevallier A. Enciclopedia de plantas medicinales. Editorial Acento. Madrid, 1997.



INSTITUTO BRASILEIRO DE PODOLOGIA

Trav. Santa Martinha 103 - Abolição
Rio de Janeiro - CEP: 20.751-020

CURSO DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL PLENA DE TÉCNICO EM PODOLOGIA

Autorizado pelo C.E.E. e Sec. de Saúde

Pioneiro no Rio de Janeiro

**Cursos Intensivos
(Aproveitamento de Estudos)
Sem sair de seu estado.**

(21) 3276-0570 ou 2596-5442

Email: podologos@bol.com.br

BELLEZA Cosmopolita



Feria Internacional
de la Belleza

23 - 26 Septiembre 2006

Anhembi - São Paulo - Brasil

www.cosmoprofcosmetica.com.br

**ALCANTARA
MACHADO**
Tel.: (5511) 3291-9111 / 9118
Fax: (5511) 3291-9176
International@alcantara.com.br

Representante en América Latina:
 **E&E** ED & EVENTS S.A.
Tel./Fax: (5411) 4313-6100
marketing@ed-events.com.ar

Apoyo Institucional:
ABIHPEC
sipalesp

Apoyo:
 **VARIG**
LATA E.C.

Lugar:
 **anhembi**
Torneio de Futebol
Clube de Regatas

Afiliada a:

 **UBRAFE**
União Brasileira de Promotores de Feiras



La Relación Amortiguación - Estabilidad en el Calzado Deportivo.

Paulo Jorge Martins da Silva-MSSF *. Portugal.

La relación amortiguación/estabilidad en el calzado deportivo es un asunto acerca del cual hace un tiempo tenía en mente para escribir un pequeño texto, pero el tiempo parecía no llegar ...

El asunto es polémico, si prestamos atención a la mayoría de las publicidades hechas por la mayoría de los principales fabricantes de calzado deportivo, casi sin excepción, hablan de capacidad de amortiguación de impactos de sus tecnologías como que es la principal cualidad de los productos que fabrican (Nike Air, Nike Shox, Asics Gel, Reebok Dmx, Adidas A3, apenas para nombrar algunas), muy pocas se refieren a la estabilidad como característica y/o beneficio de su calzado.

La estabilidad es la característica MAS importante del calzado deportivo, especialmente en lo que se refiere a cualidad y calidad, prevención de lesiones, y, lo mas importante, al funcionamiento correcto del miembro inferior.

Antes que otras cosas, vamos a definir ambos término:

Amortiguación de impactos

La capacidad de amortiguación de impactos es la habilidad para destruir la onda de choque, la fuerza es igual, pero el pico de fuerza es más reducido (menos impacto) e mas corto (por menos tiempo).

Estabilidad

Capacidad de contrariar las fuerzas laterales y/o mediales, tales como pronación (rotación medial) y supinación (rotación lateral), manteniendo la estructura músculo-esquelética del pie en su posición neutral.

Ambos conceptos son opuestos en un par de zapatos, cuanto mayor la capacidad de uno el zapato ofrece, menos va a ofrecer de la otra, y para explicar esto, es suficiente pensar en un auto con amortiguadores, cuanto mas blandos

sean los amortiguadores, mayor la dificultad de "agarrarse" en las curvas, mientras que con amortiguadores mas duros, será mas estable, pero menos confortable.

Será que un par de zapatos con mayor capacidad de amortiguación de impactos, amortigua realmente mejor los impactos ?

La respuesta es NO.

Aunque los test hechos en laboratorio con máquinas indiquen lo contrario, no deben ser considerados, porque no tienen en cuenta la respuesta y el comportamiento del cuerpo humano al impacto, adaptándose para distribuir mejor las fuerzas, como por ejemplo la flexión de la rodilla y de la cadera(1).

Los estudios hechos con humanos demuestran que los zapatos con las suelas con mayor capacidad de amortiguación de impactos provocan un aumento de la inestabilidad en los corredores en cerca de 300% (2), comparando con zapatos con las suelas más firmes, otro estudio demostró que el calzado mas caro e con mayor capacidad de amortiguación de impactos es responsable por el aumento de frecuencia de lesiones en 123% (2), comparado con el calzado mas barato y con menor capacidad de amortiguación.

Los autores de este estudio afirman que mas allá de estar haciendo publicidad engañosa, los fabricantes de calzados deportivo no debían poder vender sus artículos sin una etiqueta de aviso del riesgo real que representan(1) (típico de los Estados Unidos).

Personalmente, con el pasar de los años y cuanto mas se investigaba sobre lesiones y anatomía funcional del miembro inferior, comencé a percibir una relación padrón entre las lesiones y la falta de estabilidad y/o amortiguación.

Sabemos que entre 30% y un 70% de los corredores sufrirá por lo menos una lesión anualmen-



Amortiguación



Estabilidad

te, que los impedirá de correr por lo menos una semana(3,4), estas lesiones podrán también ser responsables por lo menos de un 5% de ausentismo en el trabajo(3).

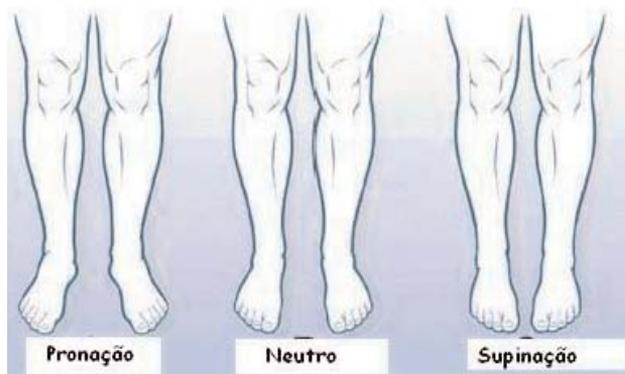
A pesar de la dificultad en probar una relación directa entre la morfología de los pies y las lesiones, la mayoría de los especialistas concuerda en que el movimiento mecánico alejado del normal es indeseable y coloca esfuerzo extra en el sistema músculo-esquelético, siendo posible causante de lesiones(4).

Así podemos afirmar que se pueden prevenir las lesiones acomodando los tipos de pies en el equilibrio amortiguación/estabilidad adecuados a su morfología.

Por ejemplo, el pie plano es un pie naturalmente inestable, por lo que debemos procurar acomodarlo en un modelo de zapato que ofrezca mucha estabilidad, de clase designada por control biomecánico (o de movimientos, del inglés Motion Control).

Este tipo de zapatos, el más firme de todos, están hechos con formatos mas derechos, de forma de acomodar el pie plano, presentando también materiales mas firmes en la zona medial para estabilizar al máximo el exceso de movimientos del pie plano (pronación).

El opuesto es recomendado para el pie cavo

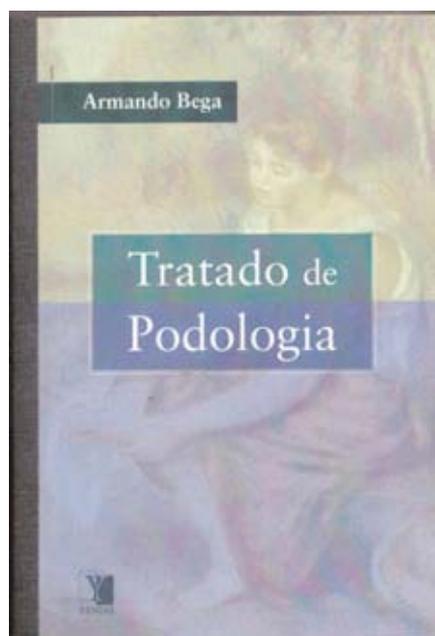


supinado, una vez que el pie cavo es rígido y tiene dificultad en adaptarse correctamente al suelo, creando un aumento de presión plantar, dificultando la distribución de las fuerzas de impacto(5).

El calzado mas adecuado para el pie cavo debe ofrecer amortiguación de impactos extra para compensar esta falla anormal, los zapatos de clase amortiguación (del ingles cushioning) son muchas veces construidos con formatos curvos, que acomodan perfectamente el pie cavo, este tipo de zapatos ofrece una estabilidad muy reducida, lo que compensa igualmente la rigidez natural de este tipo de pie.

El pie neutro o normal (que, verdaderamente es el menos común de todos), puede en teoría usar

NOVO LIVRO do Autor **Podólogo Armando Bega** **TRATADO DE PODOLOGIA**



Uma obra destinada a estudantes da área de saúde, especializados ou que pretendem especializar-se em Podologia, ramo auxiliar da Medicina responsável pela assistência e pelos cuidados com os pés.

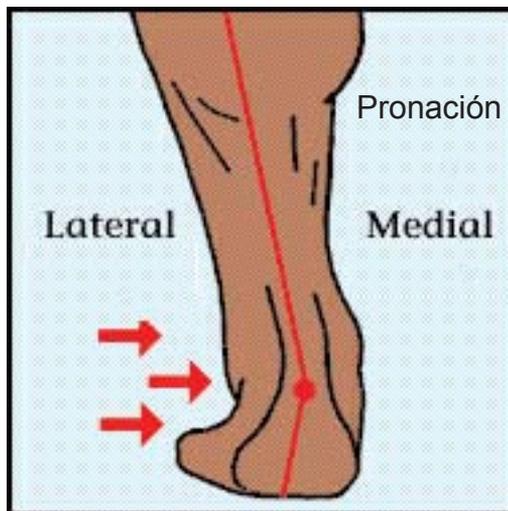
Tratado de Podologia traz um vasto material científico para estudo e pesquisa, possibilitando ao leitor aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto e oferecer à população um serviço de melhor qualidade no tocante ao cuidado com os pés.

A obra, repleta de fotos, esquemas e ilustrações, trata de vários temas, com especial atenção às feridas que acometem os pés, seus respectivos medicamentos e curativos. O livro conta também com diversas fotos, esquemas e ilustrações coloridas. Enfim, mais uma obra que pretende contribuir para o desenvolvimento da arte de cuidar da saúde e a estética dos pés.

416 páginas divididas em 21 capítulos abarcando os mais importantes temas podológicos.

Em português.

Vendas: Podologia Hoje Publicações Ltda. Tel: (#55-51) 3731-3037
revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com



cualquier tipo de zapato por tener un ciclo mecánico equilibrado, no necesitando cualquier tipo de control, siendo que los zapatos mas recomendados son los de clase estabilidad (del inglés Stability) que ofrecen un equilibrio entre estabilidad/amortiguación de impactos, sin llegar al control de los zapatos de control biomecánico.

Conclusión

Aunque varios estudios demuestren que el calzado deportivo con demasiada capacidad de amortiguación de impactos son ineficaces, o perjudiciales para los corredores, existen pruebas que sugieren que diagnosticar el tipo pie y acomodarlo a la relación Amortiguación/Estabilidad adecuados a su morfología, conseguimos una reducción de movimientos indeseables (prona-

ción/supinación), reduciendo de esta forma las posibilidades de aparición de lesiones (descontando los factores externos como excesos o entrenamientos inadecuados).

Siendo el pie plano pronado el tipo de pie mas común (58% de todos los tipos de pies, contra 20% pie cavo y 22% pie normal) (6) y siendo la mayoría de las lesiones el resultado de movimientos laterales o mediales poco controlados, podemos afirmar que la estabilidad es la característica mas importante a buscar en el calzado deportivo. ▣

* Paulo Jorge Martins da Silva-MSSF - Autor de artículos y formador de profesionales de esta área. Webmaster del sitio www.calcadodesportivo.com Email: psilv@sapo.pt



Bibliografía:

- (1) Mccnitt-Gray JL, Yokoi T. The influence of construction strategies of sprung surfaces on deformation during vertical jumps. Med Sci Sports exer 1988; 10:396-402.
- (2) Marti B. Relationship between running injuries and running shoes. In: PforriggerW, Segesser B, eds The shoe in sport. Chicago: year Book Publishers, 1989: 256-265.
- (3) The Victorian Little Athletics Association Incorporated, preventing running injuries, facts on running-related injuries, flyer, no date: 1-2.
- (4) Ogon M, Aleksiev AR, Spratt KF, et al. Footwear affects the behaviour of low back muscles when jogging. Int J Sports med 2001; 22(6): 414-419
- (5) CPT Donald lee goss, MPT, OCS,ACT, John R. Totorelli,MPT, and Michele H Saylor,Rt RDms. Fitting efficacy. BioMag August2005
- (6) Skip Hunter, PT, ATC. Foot Types: Are Foot Types Related to Injury?. BioMag May 1997.

Tipos de Pies.

Podóloga Márcia Nogueira*. *Brasil.*

Los tipos de pies poseen una nomenclatura basada en la posición de ellos en relación al eje mediano, o sea, la línea imaginaria que reparte nuestro cuerpo en dos partes exactamente iguales.

Son ellas:

A- Pie Cavo o Equino: posee apoyo metatarsico predominante, sin el apoyo en el calcáneo.

B- Pie Calcáneo: posee apoyo calcáneo predominante, sin apoyo metatarsico.

C- Pie en Varo: las estructuras de los pies están próximas al eje medial (o mediano)

D- Pie en Valgo: las estructuras de los pies están alejadas del eje medial.

Existen cuatro tipos de pies, clasificado de acuerdo con la nomenclatura citada arriba.

Son ellos:

1- Pie torcido congénito

Tiene como principales causas:

- Herencia familiar.
- Otras malformaciones asociadas
- Consanguinidad entre los padres.

Pie torcido congénito bilateral



Foto tomada del sitio de Hospitales de la Rede SARAHA - www.sarah.br

Teorías para explicar las deformidades:

1ª - Teoría mecánico - postural:

- Compresión mecánica ejercida por la pared uterina.
- Fetus normales y que desarrollan deformidades por: mala posición fetal, disturbios del líquido amniótico, tumores uterinos y cordón umbilical grueso.

2ª - Teoría de la parada del desenvolvimiento embrionario:

- Desenvolvimiento de los pies: 4 estadios.
- Ocurre la parada del desenvolvimiento embrionario en el 2º o 3º estadio.
- Asociado a las anomalías vasculares.

3ª - Teoría de las alteraciones esqueléticas:

- Debido las alteraciones óseas e articulares.
- Luxación, dislocamiento en la articulación talo-navicular (principal causa).

4ª - Teoría de la etiología nerviosa.

- Mal formación del sistema nervioso central.

5ª - Teoría de la patología muscular.

- Deformidad del sistema muscular: anomalías de la fijación de los músculos y anomalías de los tendones (peroné corto, tibial anterior, facial plantar).

Esta deformidad posee las siguientes características:

- Esta presente en el nacimiento (en un chico a cada 2000 nacidos).
 - Desvío en varo
 - Hallux curvo
 - Retracción de los tendones.
 - Disminución de la masa muscular.
 - Deformidad en equino y cavo (pie bien arqueado).
- Tiene como diagnóstico la deformidad presente al nacer y el examen radiográfico para acompañar la evolución clínica.

El tratamiento debe ser lo más precoz posible con el uso de aparatos y con retorno en una semana.

La intervención quirúrgica (a los cinco meses), debe ocurrir solamente en casos refractarios al tratamiento clínico.



2- Pie cavo

Esta caracterizado por una elevación anormal de la bóveda (arco longitudinal) del pie.

Las principales causas son:

- Parálisis de la musculatura intrínseca del pie.
- Desequilibrio de la musculatura de los tibiales.
- Lesiones debido a las alteraciones del sistema nervioso.
- Uso de calzados inadecuados.

Presenta las siguientes deformidades clínicas:

- Queja principal: dolor en la cabeza de los metatarsianos o en la fase plantar.
- Fatiga o abatimiento.
- Hiperqueratosis sobre las cabezas de los metatarsianos.
- Deformación de los artillos: tipo en garra
- Clasificación de Viladot (grados de 1 a 5)

Pueden ser hechos diagnósticos por imágenes como:

- Radiología (columna) Rx.
- Tomografía (partes blandas: ligamentos, músculos y tendones).
- Electroneuromiografía (verifica la función del nervio en relación al impulso eléctrico).
- Resonancia / tomografía.

Tratamiento clínico:

- Ejercicios para el alargamiento de la fase plantar y de la musculatura.
- Utilización de ortesis de apoyo como: plantillas y fieltros.

El tratamiento quirúrgico es recomendado a partir del grado 3, o sea, en casos graves e incapacitantes.

3- Pie Calcáneo Valgo

Presenta un cuadro clínico, o sea, deformidades con las siguientes características:

- Contacto de la superficie dorsal del pie con la



Pie Calcáneo Valgo

superficie anterior de la pierna

- Dificultad para la flexión plantar.
- Grado de deformidad leve, puede ser uni o bilateral.

Las principales causas son: existencia de deformidad en huesos y ligamentos, debido al encortamiento de tendones y puede ser hasta hereditaria.

En el diagnóstico constatamos: flexión dorsal del pie, persistente; resistencia a la flexión plantar (no pasa 90°) y alteración del eje del talo con el hueso cuboides.

El tratamiento quirúrgico y fisioterapia, son recomendados.

4- Pie convexo por talo vertical

Las causas de esta deformidad son hereditarias y poseen baja incidencia.

Presenta en su cuadro clínico las siguientes deformidades:

- Es el inverso del arco plantar
- El hueso talo esta dislocado hacia la planta del pie.
- El pie se presenta estrictamente rígido, igual que un recién nacido.

En el diagnóstico constatamos que esa deformidad esta de nacimiento. En la radiografía, el talo esta perpendicular al plano y el antepié en dorsiflexión.

El tratamiento es siempre quirúrgico, pues la rigidez impide corregir apenas con yeso. La rigidez permanece aun después de la cirugía.

5- Pies planos

Las principales causas son:

- Hereditarias.
- Enfermedades neuromusculares (poliomielitis, parálisis cerebral, etc.).



Pie plano

- Enfermedades inflamatorias (artritis reumatoidea).
- Síndromes (de Down, Ehler-Danlos) flaccidez muscular, etc.
- Alteraciones pos-traumáticas.

Tiene como característica la deformidad donde hay reducción o desaparición del arco longitudinal del pie durante el apoyo en el suelo.

En el diagnóstico notamos:

- Calcáneo valgo.
- Alteración del apoyo con el suelo y con el hueso Tálus.

- Desaparecimiento del arco longitudinal del pie.
- Perdida funcional.
- Gasto exagerado de energía para la marcha
- Progresión de la deformidad de flácida para rígida.

El diagnóstico es constatado con un examen físico a los 2 años de edad o posteriormente si hubiera quejas de caídas o de cansancio físico frecuente. Es fácilmente notado en imágenes podográficas y son clasificados, de acuerdo con Viladot, en: Normal, grados 1, 2, 3, 4, y 5.

El tratamiento, en su gran mayoría, evoluciona para cura espontánea. Es indicado el uso de plantillas (soporte de arco Whitman) y calzados especiales. El tratamiento quirúrgico es indicado en apenas 1 o 2 % de los casos graves.

El pie plano flácido postural de infancia, o sea, el pie plano en chicos de hasta mas o menos 2 ½ años de edad, no acompaña anomalías y es generado por debilidad cápsula-ligamentar. ▣

* Podologa Marcia Nogueira.

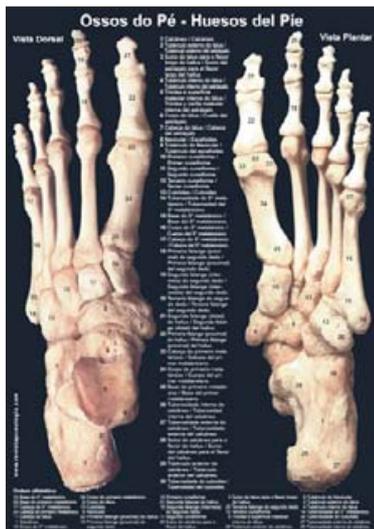
Profesora do curso técnico da Mag Estética.

Email: podologamarcianogueira@hotmail.com



POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



ESQUELETO
DEL PIE 1
ESQUELETO
DO PÉ 1



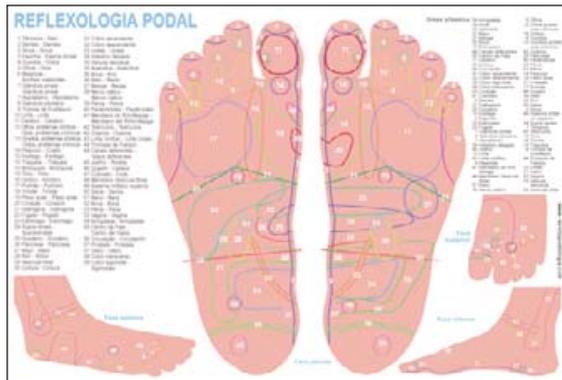
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSSES



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

Email: revista@revistapodologia.com - revistapodologia@gmail.com

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

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