

revistapodologia .com

Nº 73 - Abril 2017



CUBA
2017
10, 11 y 12 Junio

**1er CONGRESO CIENTÍFICO
DE PODOLOGÍA APLICADA**

Revista Digital de Podología

Gratuita - Em português

Tecnologia e profissionalismo, avanços na área da Podologia



A Shopfísio é especialista em vendas de produtos nas áreas de estética, fisioterapia, fitness, pilates e cosmetologia e hoje, está se especializando em mais uma área da saúde, a podologia. Iniciou suas atividades no mercado há 16 anos atrás, e desde então, se mantém focada no objetivo de levar produtos de qualidade e satisfação aos seus clientes, o que faz dela a maior empresa da área de saúde do Brasil.

A empresa também se preocupa com a qualidade do mercado de trabalho em que atua, ajudando seus clientes através de cursos, workshops e treinamentos. O objetivo é acompanhá-los, desde a decisão de se tornar um profissional, durante a fase de estudos, e posteriormente como profissional atuante.

Em homenagem aos podólogos, decidimos contar a história da Daniele Rodrigues, que trabalha como manicure há 15 anos e hoje faz o curso de podologia.

Inicialmente a Daniele optou em estudar técnico em podologia, pois o trabalho como manicure é limitado em ajudar seus clientes, suas patologias e orientá-los. Para ela, a área de manicure é puramente estética, porém a podologia traz benefícios para a saúde e bem-estar.

“Na podologia aprendemos sobre anatomia, fisiologia, doenças dos pés, desenvolvemos o conhecimento biomecânico do tornozelo e dos pés, a fim de compreender a marcha e os problemas que a dificultam, podendo dessa forma optar pelo melhor tratamento, dentro de uma visão ampla e multidisciplinar”. Comenta Daniele sobre suas aulas.

Quando perguntamos para Daniele sobre o mercado e a procura dos clientes, ela afirma que:

“A procura por esses cuidados tem aumentado, o cliente tem se preocupado com a saúde e bem-estar dos pés. O que mais me encanta no curso de Podologia, é a satisfação do cliente nos atendimentos e ver que realmente o tratamento tem eficácia”.

Para quem se interessa em estudar podologia, é uma área que exige muita dedicação. Para Dani, estar na área da podologia é “a realização de um sonho, pelo conhecimento adquirido e por poder ajudar e esclarecer meus clientes, eu super indico”.

É incrível ver como o podólogo tem uma grande ajuda por parte da tecnologia, como exemplo, a alta frequência, onde se cauteriza feridas causadas, ou no caso do laser

que conseguimos fazer diversos tipos de tratamentos, inclusive no auxílio à cicatrização.

A Shopfísio busca cada vez mais aprimorar seu portfólio de produtos e para isso, nos inspiramos em profissionais como a Daniele, que buscam evolução constante em sua carreira



HF IBRAMED - APARELHO DE ALTA FREQUÊNCIA TRATAMENTOS FACIAIS E PODOLOGIA

10x R\$ 42,90
R\$407,55 À VISTA



LASERPULSE IBRAMED APARELHO DE LASER E CANETA 660NM VERMELHA

10x R\$ 229,60
R\$2.181,20 À VISTA



Daniele Rodrigues, Manicure.



COMPRE PELO SITE
SHOPFISIO.COM.BR



COMPRE PELO TELEFONE
0800 721 8999



COMPRE NA LOJA FÍSICA
AV. PAVÃO, 842 - MOEMA - SP
(11) 5090-2772

revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 73
Abril 2017

Diretor

Alberto Grillo

revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

- 6 - Fratura do tornozelo em paciente diabético. Complicações e tratamento.
J.M. Rios Ruh; A. Santamaría Fumas; J.M. Sales Pérez; A. Domínguez Sevilla; L. López Capdevila. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Consorci Sanitari Integral. Barcelona. Espanha.
- 11 - Aerodispersóides na podologia.
Podóloga Grasiela Nepel. Brasil.
- 14 - Exploração dos dedos.
Dr. Podólogo. Miguel Guillén Álvarez. Espanha.

Revistapodologia.com

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 98316-7176 (WhatsApp) - Campinas - São Paulo - Brasil.

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

A Editorial não assume nenhuma responsabilidade pelo conteúdo dos avisos publicitários que integram a presente edição, não somente pelo texto ou expressões dos mesmos, senão também pelos resultados que se obtenham no uso dos produtos ou serviços publicados. As idéias e/ou opiniões expressas nas colaborações assinadas não refletem necessariamente a opinião da direção, que são de exclusiva responsabilidade dos autores e que se estende a qualquer imagem (fotos, gráficos, esquemas, tabelas, radiografias, etc.) que de qualquer tipo ilustre as mesmas, ainda quando se indique a fonte de origem. Proíbe-se a reprodução total ou parcial do material contido nesta revista, somente com autorização escrita da Editorial. Todos os direitos reservados.



1er CONGRESO CIENTÍFICO DE PODOLOGÍA APLICADA

CUBA 2017

10, 11 y 12 Junio

- _ Ponencias Internacionales
- _ Feria Comercial
- _ día 12 Cursos Post

TRYP
HABANA
LIBRE

INFORMACIÓN

+53 7 798 29 96

+53 5 510 18 56

+55 19 98316-7176

watsapp

www.podosaludcuba.com
www.revistapodologia.com

Organizan:



GREATWAYEXPORT



revistapodologia
.com

PONENTES y TEMAS

✓ Traducción simultánea ao português.



URUGUAY

Judith E. Zacheo
Podóloga

“Dinámica de la lámina ungueal. Evaluación y tratamiento”



CUBA

Héctor T. Álvarez Duarte
Especialista de 2º grado en Angiología y Cirugía Vascolar

“Pie sano, Pie de Riesgo, Pie diabético. Experiencia en su manejo.”



BRASIL

Ítalo B. Ventura
Podólogo

“Micología clínica, técnicas de diagnóstico y tratamiento de las onicomycosis”



ESPAÑA

Francisco E. Ruiz
Podólogo

“Diferentes patrones de Hiperqueratosis. Alteraciones Patomecánicas”



MÉXICO

Carlos D. Melchor
Podólogo

“Técnicas de cirugía ungueal”



ESPAÑA

Manuel R. Soto
Podólogo

“Teoría de estrés de tejidos y su aplicación a tratamientos podológicos”



ARGENTINA

Cristian E. Barroso
Podólogo

“Lesiones frecuentes en el deporte según la pisada”



PERÚ

Omar G. Sampietro
Podólogo

“Metodologías de evaluación y ferulización”



CUBA

Dr. Calixto Valdez Pérez
Especialista de 2º grado en Angiología y Cirugía Vascolar

“Cirugía Ortopodiatrica en el pie diabético”



CUBA

Vladimir Curbelo Serrano
Especialista de 1er. grado en Medicina Interna

“Complicaciones en la diabetes mellitus y su tratamiento”



CUBA

Alberto Quirantes Moreno
Especialista de 1er. grado en Endocrinología

“Tratamiento de la diabetes mellitus en el paciente con pie diabético”



ESPAÑA

Dr. Bernardino Basas
Podólogo-Podiatra

“Tratamiento físico de la fascitis plantar en atletas de élite ”

Fratura do Tornozelo em Paciente Diabético. Complicações e Tratamento

*J.M. Rios Ruh; A. Santamaría Fumas; J.M. Sales Pérez; A. Domínguez Sevilla; L. López Capdevila.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Consorci Sanitari Integral. Barcelona. Espanha.*

Introdução

As fraturas de tornozelo nos pacientes diabéticos possuem umas características especiais que fazem que seu tratamento possa ser mais complexo se não se cumprem umas pautas adequadas.

Como em todos os pacientes diabéticos neuropáticos o objetivo do seu tratamento, ortopédico ou cirúrgico, é conseguir um pé plantígrado com estabilidade para reduzir o risco de úlceras diminuindo assim o número de infecções e a taxa de amputações 1.

Em estes pacientes as técnicas clássicas de fixação interna podem falhar por problemas de partes macias, dificuldade na cicatrização e má qualidade óssea secundária à osteoporose com baixo nível de vitamina D. O material de osteossíntese está submetido a estresse mecânico contínuo com alto risco de ruptura e com elevada possibilidade de desenvolver pseudoartroses 2.

Antecedentes pessoais

69 anos
Diabetes Mellitus (Insulino Dependente)
Insuficiência venosa crônica
Enfermidade renal crônica fase 5 (Transplante renal)
Obesidade
Hipertensão Arterial
Dislipidemia
Aneurisma Aorta Abdominal (by-pass Aórticoilíaco)
Infecção de prótese by-pass Aórtico (S. faecalis).
Prótese total de joelho no 2010.
Hiperparatiroidismo.
Esofagite por Cândida 2015

História previa

Paciente que foi ingressada pela sua patologia renal sofrer uma torção de tornozelo direito de baixa energia. Apresenta imediatamente dor, deformidade e impossibilidade funcional grave. É levada de imediato ao serviço de urgência onde realizam Rx do tornozelo (fig1).



Figura 1. Fratura trimaleolar com componente neuropático.

É diagnosticada a fratura trimaleolar do tornozelo e programa-se para o quirófano em 24 hs. Se faz imobilização com tala de gesso.

Uma vez no quirófano, quando retira a tala de gesso, se apreciam lesões graves da integridade cutânea com flictenas hemorrágicas (Fig.2).



Fig.2 Flictenas hemorrágicas e deformidade clínica.

Devido a isso ultimo não se indica a cirurgia convencional, se desbridam as lesões e se coloca fixação externa monolateral convencional (Fig. 3).



Fig. 3 Desbridamento com exposição de elementos vasculares e fixação monolateral.

É avaliado pelo serviço de cirurgia plástica que realiza enxerto malhado coxa homolateral em caras medial e lateral do tornozelo.

O fixador se mantém por 4 meses. Decide se retirar a fixação por intolerância e infecção dos pins. Se pauta um calçado a medida e da se de alta.

Chegada a unidade de pé diabético

A paciente chega a nossa unidade um ano depois da sua lesão. Apresentava os seguintes problemas clínicos:

- Desalinhamento clínico (Figura 4) e radiográfico do tornozelo.
- Impossibilidade para a deambulação pela dor.
- Pseudoartrose infecciosa e artrose pós-traumática de tornozelo (Figura 5)
- Impossibilidade para calçar se pela deformidade.
- Episódios recorrentes de úlceras cutâneas em zonas de apoio.
- Descompensação metabólica por imobilização prolongada.



Fig.4 Aparência clínica do tornozelo na sua chegada á unidade.



Fig.5 Pseudoartrose de fraturas do tornozelo e artrose pós-traumática.

Por tudo isso, se proceder a sua avaliação por todos os membros da unidade que determinam que a paciente está apta para reconstrução cirúrgica.

Diferentes opções terapêuticas são propostas:

- Alinhamento e artrodese com prego endomedular.
- Alinhamento e artrodese com placas e parafusos.
- Alinhamento e artrodese com fixador circular estático.

Devido as imagens clínicas prévias que mostraram exposição de ossos e tecidos profundos, além das múltiplas entradas ao quirófano, tínhamos uma firma suspeita da existência de osteomielite larvada. Devido a isto ultimo, e ainda que as evidências de imagem deixava de lado algum processo infeccioso, não aconselhamos a utilização de qualquer material de fixação interna.

Foi assim como se procedeu á artrodese e colocação do fixador circular estático (Fig.6).

A paciente iniciou o apoio em menos de 48 horas sem incidências. Durante o pós-operatório se aprecia imediatamente o crescimento de um *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) na biopsia óssea no local operatório. iniciou-se um tratamento antibiótico específico por seis semanas.

A evolução foi satisfatória e se retirou o fixador 8 semanas após sua colocação. Obtiveram-se os seguintes resultados:

- Alinhamento clínico (Fig. 7) e radiográfico do tornozelo.
- Deambulação possível.
- Consolidação da artrodese (Fig. 8)
- Possibilidade para usar calçado.
- Sem recorrência das úlceras cutâneas.

Conclusão

As técnicas clássicas de fixação nos casos mais complexos de lesões neuropáticas apresentam contraindicações e complicações que dificultam a resolução cirúrgica com métodos clássicos 2.

O fixador circular estático é um tratamento adaptado às necessidades e características especiais de estes pacientes graças às suas vantagens e benefícios clínicos posteriores. As complicações são geralmente mais baixas e sua relevância também.

Referencias

1. Schneckloth BJ, Lowery NJ, Wukich DK. Charcot Neuroarthropathy in Patients With Diabetes: An Updated Systematic Review of Surgical Management. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*. 2016 Jun 30;55(3):586-90.
2. Pinzur MS. Surgical treatment of the Charcot foot. *Diabetes/metabolism research and reviews*. 2016 Jan 1;32(S1):287-91.

Materia extraída da Revista Pie Dibético - Nº 29, Fevereiro 2017 - www.revistapiediabetico.com



Fig. 6, Fig. 7 e Fig. 8 Colocação do fixador circular em quirófano.

UNHAS
SAUDÁVEIS
EM TODOS OS
MOMENTOS



LINHA ONICOUNHA

EM TODOS OS MOMENTOS DA VIDA, MERECEMOS TER UNHAS SAUDÁVEIS E ANDAR LIVREMENTE COM OS PÉS MARAVILHOSOS. O ONICOUNHA É ANTIFÚNGICO DE AMPLO ESPECTRO, QUE AJUDA A COMBATER ONICOMICOSSES E AUXILIA NA HIDRATAÇÃO E RECUPERAÇÃO DAS UNHAS.

PEÇA JÁ O SEU!

47 3222-3068 | www.inadermocosmeticos.com.br

ina
dermocosméticos

Aerodispersóides na Podologia

Podóloga Grasielle Nepel. Brasil.

O podólogo é o profissional responsável pela saúde e cuidado dos pés, entretanto muitos profissionais durante o atendimento podológico acabam prejudicando a sua própria saúde. O gabinete de podologia é um ambiente onde é gerado muitos resíduos contaminados, um deles que não é muito lembrado são os aerodispersóides.

Os aerodispersóides são partículas ou gotículas, extremamente pequenas, apresentando-se como um pó fino quase imperceptível que surge após o atendimento no interior do gabinete, entretanto muitas vezes em grande quantidade.

Os aerodispersóides podem ser classificados em: físicos, químicos e biológicos.

Um exemplo de aerodispersóides físico gerado em gabinete, seria a afiação de materiais como os bisturis nucleares, o pó gerado carrega metal, porém, é gerado em pouca quantidade, devido a não afiação diária, tornando insignificante o risco para saúde do profissional.

Os aerodispersóides químicos são provenientes de gotículas de álcool, acetona, monômero e polímero utilizados no atendimento podológico.

Os aerodispersóides biológicos, são os mais preocupantes para a saúde do profissional podólogo, também são denominados bioaerossóis por carregarem material celular. Essa dispersão de material biológico está associada ao desbaste de calos, calosidades e laminais ungueais. Nestes procedimentos, há um aquecimento local devido ao atrito da lixa sobre as células, estas se rompem e ficam suspensas no ar.

O tamanho de um aerodispersóide gerado em gabinete de podologia pode ser reduzido a 0,5 µm (micrômetro), sendo então imperceptível ao olho nu.

Quanto menor o tamanho da partícula, mais perigoso à saúde do podólogo, isto porque representa uma equação inversa ao tempo de exposição ao ambiente, ou seja, quanto maior a poeira gerada, aquela visível, menor o tempo de exposição no ambiente, mais rápido ela se depositará no piso ou na superfície dos móveis. E quanto menor o aerodispersóide gerado, aquele imperceptível, maior o tempo que de exposição no ambiente, podendo ficar até 24 horas em suspensão no ar, aumentando a possibilidade do profissional ou paciente, absorver este material.

Um dos hábitos do podólogo é após o atendimento, retirar a máscara, óculos e luvas de proteção, e isto aumenta o risco de contaminação por aerodispersóides.

Os bioaerossóis gerados em gabinete de podologia podem conter: fungos, vírus e bactérias. Fungos no caso do desbaste de uma lamina ungueal com onicomicose, ou desbaste plantar de um paciente com tinea pedis, vírus em procedimentos em HPV, e bactérias durante tratamento de granuloma piogênico.

Os aerodispersóides podem ser absorvidos pelos olhos, nariz, boca e pele.

Quando um aerodispersóide de tamanho maior entra em contato com os olhos, a reação natural do organismo como mecanismo involuntário de defesa, é piscar, evitando que este entre. Porém quando o aerodispersóide é muito pequeno, o organismo não consegue identifica-lo, ele pode provocar irritabilidade nos olhos, ou ainda contaminação por fungos, vírus ou bactérias no globo ocular.

O nariz como mecanismo de defesa tende a espirrar, entretanto quando a poeira é absorvida, ela pode ficar retida na traqueia, e nos pulmões, podendo penetrar profundamente na árvore respiratória, provocando congestão alveolar.

Na boca a poeira é inalada principalmente no diálogo, ela pode ser encaminhada para o estômago, e para o intestino, podendo ocasionar complicações sistêmicas.

Como o aerodispersóide gerado na podologia é muito pequeno, ele pode ser absorvido pela pele, ocasionando alergias, dermatites, micoses superficiais, e pode assim ser absorvida pela corrente sanguínea.

É fácil a absorção do aerodispersóide pelo profissional, porém o desenvolvimento das patologias devido a contaminação, depende de cada organismo, por isso é importante carteira de vacinação em dia e o estado imunológico alto.

Outra medida importante contra a contaminação é o uso de EPI'S que devem ser utilizados corretamente.

O protetor ocular, o óculo, seu modelo deve permitir aderência total a pele circunvizinha aos olhos.

A máscara não é 100% eficaz contra os aerodispersóides, isto porque mesmo contendo 3 fil-

tros, filtram apenas partículas acima de 5 µm (micrômetro), sua vida útil é de 2 horas, pois a umidade da saliva provocada no dialogo compromete a sua eficiência, deve ser trocada a cada atendimento.

A touca ou gorro evita contaminação dos cabelos, couro cabeludo e orelhas, também deve ser trocada a cada atendimento.

A luva látex descartável, é o único equipamento de proteção 100% eficaz, desde que não esteja danificada e seja corretamente acoplada ao punho do jaleco, por ser de material impermeável, evita qualquer contato do aerodispersóide com a pele da mão.

O jaleco apresenta uma trama de fios com poros de 80 a 100 µm (micrômetro), ou seja, um aerodispersóide com 0,5 µm (micrômetro), penetra facilmente entre os poros da malha.

As vestimentas devem ser brancas, sendo a calça comprida de modo tocar os sapatos, afim de não deixar a pele do tornozelo desprotegida, e os sapatos devem ser fechado e preferencialmente de couro.

As superfícies do gabinete podológico, como os móveis, bancadas e equipamentos devem ser limpos a cada procedimento com álcool 70%. E os pisos e paredes duas vezes por semana com hipoclorito 1%.

Outra medida interessante contra os aerodispersóides, é evitar que eles se dispersem, o uso de procedimentos e instrumentos podem ajudar

nesse processo, por exemplo: o uso de fresa em um desbaste laminar, ao invés de broca diamantada ou lixa laminar, isto resultaria em partículas maiores, ou maior uso de bisturi com lamina evitando o uso prolongado da lixa plantar em caso desbaste plantar.

O exaustor pode reduzir até 40% de material dispersante, desde que realizada corretamente a troca de filtro, conforme orientações do fabricante, contidas no manual de instrução.

O aparelho de ar condicionado continua sendo uma grande polemica, pois a recirculação do ar, causa uma turbulência no ar ambiente e dificulta a decantação dos aerodispersóides, aumentando possibilidade de absorção pelos profissionais e pacientes.

O gabinete de podologia é considerado ambiente contaminado, recomenda-se que o profissional esteja presente nele, apenas quando for realizar avaliações, procedimentos e orientações.

Os aerodispersóides são agentes nocivos à saúde dos profissionais, principalmente aqueles que cumprem jornada de trabalho extensa, o uso correto de EPI'S, aparelho de exaustor e medidas habituais, ajudam a amenizar o risco de contaminação.

Grasiele Nepel

Podóloga e docente do Grupo Educacional Filadelfia.

2º Simpósio de Podologia de Foz do Iguaçu

7 e 8 de Maio de 2017 - Foz do Iguaçu/PR - Brasil



Profº Pdgo. Ítalo Batista Ventura

Temas:

- 1- Diferentes métodos de espículaectomia para onicocriptose crônica.
- 2- Órteses ungueais, atualizações e confecção.



Marcelo Trincado

Tema:

Aprenda a calcular o valor do seu atendimento.



Pdga. Adriana Franzon

Tema:

O pé do diabético no dia a dia do podólogo.

Mais informações e inscrições: www.revistapodologia.com

Organização:



revistapodologia.com



Empresa expositora



Distribuidora de produtos

Atenção Podólogos! Chegou uma solução que vai dar um grande alívio para seus clientes. Conheça a Mini Palmilha Pillow Feet!



Desenvolvidas com uma tecnologia para maior absorção de impacto as mini palmilhas **Pillow Feet** são uma solução para colar nas sandálias ou sapatos retirando a sobrecarga da parte da frente dos pés. Não são almofadas para os metatarsos, como a maioria que existe no mercado e que na maior parte das vezes não funcionam. Foram desenvolvidos com conceito ortopédico para retirar o excesso de carga que sapatos de saltos altos e sandálias rasteirinhas geram na parte da frente dos pés.

Agora os sapatos bonitos não vão ser mais castigo para os pés!!

Acesse nosso Site e entre em contato com a gente

Mini Palmilha
Pillow
F E E T

www.pelight.com.br

Exploração dos Dedos

Dr. Podólogo. Miguel Guillén Álvarez. **Espanha.**

Texto extraído do livro “Lesões nos Pés em Podologia Esportiva” publicado pela nossa editorial.

Anamnese ou interrogatório

- Determinar exatamente de que se queixa o esportista em seus dedos e anotá-lo cuidadosamente em sua história clínica:

- Insatisfação estética, dor na medial superior, dor na face dorsal da metatarso-falângica, dor articular, rigidez, problemas com o calçado, outros problemas de pressão como calosidades entre o halux e segundo dedo.

- Alguns esportistas não têm problemas no momento presente mas temem que seus pés terminem como o de algum familiar ou conhecido.

- Se observarmos algum problema indicar até que ponto o problema pode afetar sua vida esportiva e que tipo de tratamentos pode-se aplicar previamente.

- Fazer uma avaliação real da atitude do esportista para o calçado esportivo e sua vontade de utilizar um calçado adequado.

- Sempre indagar sobre problemas dos dedos menores e a existência de metatarsalgia.

- Deve-se descartar artropatias generalizadas.

vAlguns esportistas estão insatisfeitos com o aspecto de seus dedos menores ou estão preocupados por ter problemas no futuro.

- Alguns problemas dos dedos menores se apresentam como uma metatarsalgia.

- É importante lembrar que muitos problemas dos dedos, especialmente se estes tem um aspecto estranho ou existe pé cavo ou atrofia muscular, podem estar associados com o começo de uma afecção neurológica ou com uma má formação da coluna.

A neuralgia interdigital às vezes se apresenta com sintomas predominantes nos dedos.

Observação

- Em presença de um halux rígido ou com uma importante deformidade em valgo, a fase de propulsão da marcha pode ser fraca ou inclusive ausente.

- O calçado esportivo se deforma quando existe uma exostose dorsal substancial.

- Observar a forma global do pé: se existe uma anomalia gerada que contribui para um problema como por exemplo a do halux.

- Avaliar a severidade das deformidades do halux e dos dedos menores em posição ereta.

- Buscar alterações na pele ou fístulas sobre

proeminências ósseas.

- Deve-se diferenciar entre uma proeminência medial (Halux valgo) e uma exostose dorsal (Halux rígido).

- Procurar calosidades por baixo dos metatarsianos e no dorso dos dedos.

- Diferenciar se existe uma má formação ou se trata de uma deformação dos dedos.

- Observar as unhas, sua cor, aspecto, anomalias, etc.

Palpação

- Palpar todo o pé buscando áreas sensíveis, edema, sinovite e instabilidade articular.

- Em especial, localizar regiões sensíveis ao redor do halux e por baixo das cabeças metatarsianas.

- Palpar os dedos em busca de dor, inflamação e sinovite.

- Caso exista deve-se tocar os calos moles para descartar proeminências ósseas subjacentes.

- Se tiver sintomas sugestivos de neuralgia interdigital, explorar o click de Mulder (para o neuroma de Morton), comprovar a existência dos pulsos, utilizando Doppler se e necessário, realizar uma exploração neurológica do pé incluindo sensibilidade a pressão.

- Palpar as unhas, ver se tem asperezas, anomalias em sua forma ou extensão.

Movimento

- Avaliar a amplitude do movimento das articulações metatarso-falângicas e inter-falângicas do halux, dos dedos menores e do resto do pé, tanto ativo como passivo.

- Se existe Halux valgo ver se pode reduzir a deformidade metatarso-falângica, e avaliar sua correção.

- Se for um Halux rígido, avaliar o movimento residual, tanto em flexão plantar como dorsal.

- Manipular a articulação metatarso-falângica para descobrir se há dor na posição neutra (dor artrítica) ou em dorsiflexão (dor por pinçamento dorsal).

- Explorar as articulações metatarso-falângicas dos dedos menores, principalmente do segundo, para descartar instabilidades.

- O Halux valgo inter-falângico geralmente é mais aparente com a articulação inter-falângica

flexionada, ainda que com a prática geralmente pode-se diagnosticar com o dedo reto.

- Comprovar a amplitude de movimento do primeiro raio proximal tanto no plano sagital como no transversal.

- Avaliar a amplitude de mobilidade ativa e passiva das articulações metatarso-falângicas e inter-falângicas.

- Avaliar a estabilidade de todas as articulações metatarso-falângicas e a irredutibilidade das deformidades dos dedos menores em flexão plantar.

Lesões dos dedos

Em primeiro lugar devemos diferenciar entre má formações e deformações dos dedos:

Má formação dos dedos

Pode-se considerar como lesões dos dedos as mais freqüentes são:

Halux valgo.
Halux rígido.
Halux flexo.
Halux varo.

Dedos em martelo:

Garra proximal.
Garra distal.
Garra total.
Garra invertida.
Pesçoço de cisne.
Quinto dedo varo congênito ou adquirido.

Deformações dos dedos

São de caráter congênito por tanto não podem ser consideradas lesões, as mais freqüentes são:

Oligodactilia
Polidactilia
Braquifalanga.
Braquimetatarsalgia.
Clinodactilia.
Camptodactilia.
Aracnodactilia.
Sindactilia.
Macroductilia.

Má formação dos dedos

Oligodactilia

Diminuição dos raios datilares. Podem ser:

- Ectrodactilia ausência dos três dedos centrais com seus correspondentes metatarsianos, também é denominado como pé fendido ou pata de caranguejo.

- Perodactilia: amputação congênita dos

dedos, em algumas ocasiões se encontra dedos em esboço ou sulcos de tecido conjuntivo fibroso e rugoso. A ausência de um dedo é suprida funcionalmente por outro que geralmente é um dos proximais ao dedo ausente.

Polidactilia

É por excesso. Geralmente, o desdobramento mais freqüente se produz ao nível do quinto dedo, que pode ter ou não conexão óssea. O mais freqüente é que sejam dedos atróficos ou aberrantes, se existe conexão óssea se denomina polidactilia com falange bipartida. As polidactilias mais freqüentes são as de seis dedos que dão origem ao apelido.

Braquifalanga

É um defeito, hipotrofia ou dimorfogenese por encurtamento das falanges. Geralmente são mais freqüentes no quinto dedo e em muitas ocasiões se acompanha com o desaparecimento das articulações inter-falângicas.

Braquimetatarsalgia

É por defeito, hipotrofia ou dimorfogenese por encurtamento dos metatarsianos, as mais freqüentes são por encurtamento do primeiro metatarsiano, metatarso ativo ou Morton, insuficiência do primeiro raio ou desvio em varo deste.

Clinodactilia

Desvio dos dedos em adução (para dentro), abdução (para fora), infradutos (por baixo de outro dedo) ou supradutos (por cima de outro dedo), este último caso é mais freqüente no quinto dedo dando lugar ao quinto varo adquirido ou congênito.

Camptodactilia

Também denominado dedo em martelo congênito, é mais freqüente no quinto dedo, onde a primeira falange está para cima e a segunda falange está flexionada.

Aracnodactilias dedos estão mais grossos ao nível da polpa digital e das falanges, também são chamados dedos em palito de tambor ou dedos hipocráticos.

Sindactilia

Geralmente associam-se as polidactilias. É a união de dois ou mais dedos em uma só cobertura cutânea. A união pode ser por meio de uma

membrana tênue como ocorre nas patas dos sapos, ou podem estar fechados em um só espaço interdigital, sendo o mais freqüente o segundo espaço, ou ser terminais afetando a comissura livre da última falange.

Macroductilia

São hipertrofias parciais dos dedos, de origem contundente. Em geral são mais freqüentes em homens que em mulheres.

Deformações dos dedos

Halux valgo ou joanete.

Um joanete (Halux valgo) é um desvio da articulação da base do halux (a articulação metatarso-falângica).

Produz-se ao deslocar o osso ou o tecido da articulação do halux.

O que leva o dedo a dobrar-se para cima ou para baixo dos outros, criando uma proeminência de osso, freqüentemente doloroso.

Como esta articulação suporta grande parte do peso do corpo ao caminhar, a joanete pode ser extremamente dolorosa se não for tratada.

A própria articulação metatarso-falângica pode encontrar-se rígida e irritada, fazendo difícil ou impossível praticar um esporte e inclusive calçar-se.

Os joanetes ou bunios (em latim bunio, significa aumento), podem encontrar-se também na parte exterior do pé, do quinto dedo ou dedo pequeno, onde se denomina joanete de alfaiate.

Sintomas

- Desenvolve-se uma proeminência dura na borda externa do pé, no halux.
- Vermelhidão, edema, dor local ou em volta da articulação metatarso-falângica.
- Calosidades ou outras irritações causadas ao sobrepor um dedo sobre o outro.
- Movimento limitado ou doloroso do halux.

Etiologia

- Os joanetes se formam quando é alterado o equilíbrio de forças que se exerce sobre as articulações e os tendões do pé.
- Podem conduzir a instabilidade da articulação e causar a deformidade.
- Aparecem após vários anos de movimentos e pressão anormais na articulação metatarso-falângica.
- É um sintoma de mau desenvolvimento do pé e normalmente são causados pela forma de caminhar, o tipo hereditário do pé, o calçado, ou outros motivos.
- Ainda que os joanetes tendem a aparecer em



Halux valgo

vários membros da mesma família, o que se herda é o tipo de pé, não o joanete.

- Os progenitores que sofrem de má mobilidade do pé podem passar o tipo de pé problemático a seus filhos, que por sua vez seriam também propensos a desenvolver joanetes.

- O funcionamento anormal causado por este mau desenvolvimento do pé pode produzir pressões sobre o pé e dentro dele, muitas vezes com o resultado de deformidades no osso e na articulação, como joanetes ou dedos em martelo.

- Outras causas para o aparecimento de joanetes são feridas no pé, distúrbios neuro-musculares, ou deformidades congênitas.

- Os esportistas que sofrem de pés planos ou arcos de pé caídos são também mais propensos a desenvolver estes problemas, assim como os esportistas acometidos por doenças inflamatórias nas articulações.

- Ocorre que os esportistas, sobretudo os profissionais, realizam um esforço excessivo do pé muitas vezes desenvolvem o problema.

- O calçado muito apertado ou que aperta um dos dedos contra outros é também um fator comum, que explica a alta predominância do problema entre as mulheres esportistas.

Soluções paliativas

- Colocar protetores de joanetes comerciais, sem medicação, ao redor da proeminência do osso.
- Usar calçado de ponta larga.



Linha
Hidratantes
INA *toque de*
carinho
aos ses pés



NUTRI FEET

Ativos: Lanolina e Triclosan

Peso líquido: 60g

Indicado para hidratar e desodorizar os pés dando um toque seco. Pode ser usado para os protocolos de SPA dos pés e mãos.

NUTRI FEET PLUS

Ativos: Alantoína, Vitamina E, Aloe Vera e Calêndula

Peso líquido: 60g

Desenvolvido para evitar o ressecamento e impedindo o desequilíbrio da umidade natural da pele, hidratando os pés deixando a pele macia e sedosa.

NUTRI FEET PARAFINADO

Ativos: Parafina, Manteiga e Cupuaçu

Peso líquido: 100g

Proporciona uma hidratação profunda dos pés, recuperando a textura e elasticidade da pele, tornando-a macia e suave. Indicado para pés com fissuras e rachaduras. Pode ser usado com luvas e/ou botas plásticas para oclusão.

NUTRI FEET URÉIA

Ativos: Uréia, Lanolina, Óleo de Amêndoas, Cupuaçu e Aloe Vera

Peso líquido: 30g

Hidratante com toque seco, tem como principal característica controlar o equilíbrio hídrico da pele, retendo sua umidade natural e com isso renovando a derme. Indicado para peles áspera e grosseira, pode ser usado para hidratação de pés, joelhos e cotovelos. Contra indicado para gestantes e pessoas com pele sensível.

ina
dermocosméticos

www.inadermocosmeticos.com.br

47 3222-3068

- Se o joanete inflama e apresenta dor, aplicar gelo várias vezes ao dia para reduzir o edema.
- Evitar os sapatos de salto de mais de 5 cm. de altura.

Tratamento conservador para a dor nos joanetes.

- As opções de tratamento variam com o tipo e gravidade de cada joanete, porém é importante identificar a deformidade cedo no seu desenvolvimento para evitar a cirurgia.

- Esportistas devem buscar atenção a primeira indicação de dor ou moléstia porque, se deixa sem tratar, os joanetes tendem a crescer mais e ficar mais doloridas, ficando mais difícil o tratamento paliativo não cirúrgico.

- O objetivo principal da maioria das opções de tratamento preliminar é aliviar a pressão sobre o joanete e deter a progressiva deformação da articulação.

Pode-se recomendar estes tratamentos:

Acolchoado e enfaixado

- Acolchoar o joanete, freqüentemente é o primeiro passo de um plano de tratamento, reduz a dor e permite ao esportista realizar uma vida normal e ativa.

- As bandagens ajudam a manter o pé em uma posição normal, reduzindo a pressão e a dor.

Medicação

- Freqüentemente se receitam fármacos antiinflamatórios e injeções de cortisona para aliviar a dor aguda e a inflamação causada pelas deformidades das articulações.

Fisioterapia

- Usada geralmente para aliviar a inflamação e a dor. A terapia de ultra-som é uma técnica popular no tratamento de joanetes e o tecido macio associado a elas.

Ortopodologia

- As palmilhas para o calçado tanto esportivo como de uso cotidiano podem ser úteis para controlar a funcionalidade do pé, podem reduzir os sintomas e prevenir a continuidade acelerada da deformidade.

- Quando falha o tratamento preventivo ou o joanete cresce mais do que o aconselhável para essas opções, a cirurgia podiátrica pode ser necessária para aliviar a pressão e realinhar a articulação do dedo.

Tratamento cirúrgico

- A atual prática podológica conta com vários procedimentos cirúrgicos.

- A cirurgia elimina a proeminência do osso,

refaz o alinhamento normal da articulação, e alivia a dor.

- Nas deformidades menos graves pode usar-se uma simples bunionectomia (secção do bunio), na qual se elimina unicamente a proeminência do osso.

- Os casos mais graves podem requerer procedimentos mais complexos, que incluem cortes no osso e realinhamento da articulação.

- A recuperação leva tempo, e são comuns às dores e o edema durante várias semanas após a cirurgia, a dor se controla facilmente com medicamentos analgésicos.

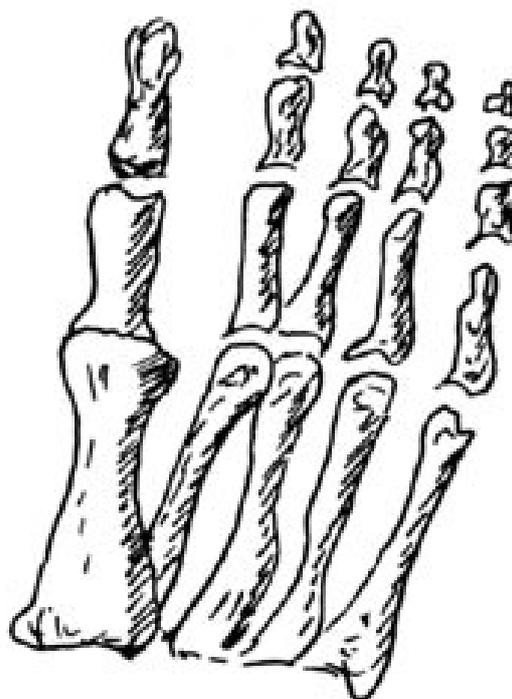
Halux rígido

Cada dia, a cada passo, o halux suporta uma tensão impressionante: uma força correspondente ao dobro do peso corporal. A maioria das pessoas não são conscientes do quanto estão utilizando o halux, até que aparece um problema.

Um dos problemas que aflige o halux é o denominado Halux rígido, um transtorno pelo qual o movimento do dedo se vê restringido em vários graus.

Esta doença pode causar dores e inclusive incapacidade, já que este importante dedo é utilizado para caminhar, inclinar-se, subir e também para manter-se de pé.

O Halux rígido é uma doença na articulação situada na base do halux.



Halux rígido

Causa dor e rigidez no halux, e com o tempo, dobrar o dedo se torna mais e mais difícil. "Halux" refere ao primeiro dedo, "rígido" indica uma rigidez no dedo que impede o movimento.

O Halux Rígido é, na realidade, uma forma de artrite degenerativa (desgaste da cartilagem dentro da articulação, que ocorre no pé e em outras partes do corpo).

Como o Halux Rígido é uma doença progressiva, a mobilidade do pé diminui com o passar do tempo. Em suas fases primárias, a mobilidade do halux só se encontra um pouco limitada; então se chama "Hallux Limitus".

Porem, enquanto o problema avança, a amplitude do movimento do dedo diminui até alcançar o estado final do "rígido", que é quando o dedo permanece rígido.

Enquanto a doença progride também podem apresentar-se outros problemas.

Indícios e sintomas primários.

- Dor e rigidez do halux ao caminhar, manter-se de pé, inclinar-se, etc.
- Dor e rigidez intensificados pelo frio ou a umidade.
- Dificuldade para realizar atividades esportivas como correr, abaixar-se, etc.
- Edema ao redor da articulação com avermelhamento e inflamação aguda.

Sintomas adicionais, quando se desenvolve a doença.

- Dor, inclusive durante o descanso.
- Dificuldade para usar calçados esportivos e de uso cotidiano.
- Dores no quadril, joelho ou parte lombar das costas devido á mudanças no modo de caminhar.
- Em alguns casos o agravamento do Halux rígido pode levar o indivíduo a mancar.

Etiologia

- As causas comuns do Halux rígido são disfunções (biomecânicas) e anomalias estruturais do pé, que podem levar a osteoartrite da articulação do halux.
- Este tipo de artrite é resultado do "uso e abuso" do primeiro segmento que é formado pelo primeiro dedo e seu metatarsiano correspondente, e muitas vezes se desenvolve em esportistas que sofrem algum tipo de defeito que modifica o funcionamento do pé e do halux. Por exemplo, aqueles esportistas com arcos caídos ou com uma excessiva pronação (entrada pronunciada) nos tornozelos.
- Às vezes o Halux rígido se encontra em vários membros de uma mesma família, já que foi herdado um tipo de pé que é propenso ao desenvolver este transtorno.

- Em outros casos se associam com o uso excessivo do halux, especialmente entre aqueles esportistas que a biomecânica de seu esporte fazem crescer o stress do halux , como por exemplo esportistas que muitas vezes devem estar em posição curvada como os goleiros do hockey.

- O Halux rígido também pode ser o resultado de uma ferida, inclusive de um tropeço.

- Também pode ter sido causado por doenças inflamatórias como por exemplo a artrite reumática ou gota.

O podólogo especializado em podologia esportiva deve determinar a causa do Halux Rígido e recomendar o melhor tratamento.

Diagnóstico

- Quanto antes for o diagnóstico deste transtorno, mais fácil será seu tratamento.
- Se não der importância no seu início, o transtorno será mais difícil de tratar.
- Para diagnosticar o Halux Rígido, se examinará o pé e manipulará o dedo para determinar a amplitude do movimento.
- Geralmente se realizam raios X para determinar o grau de artrite presente, assim como para avaliar a existência de esporões nos ossos ou outras anomalias.

Tratamento

- O inicio é a utilização de métodos não cirúrgicos, se for diagnosticado a tempo, é possível que o transtorno responda a tratamentos menos agressivos. De fato, em muitos casos o tratamento feito com antecedência pode evitar a evolução da doença e uma cirurgia no futuro.
- O tratamento para os casos moderados do Halux Rígido podem incluir uma ou mais das seguintes estratégias:
 - Troca do calçado esportivo e o de uso diário por um de ponta larga, por que estes exercem menos pressão sobre os dedos dos pés.
 - Também pode recomendar-se calçado para o dia a dia com solas rígidas ou com as pontas arredondadas tipo rocker bottom.
 - No caso de mulheres esportistas o mais provável é que já não deva usar saltos altos no calçado de uso diário.
 - Os tratamentos escolhidos são as palmilhas ortopédicas, estudadas para melhorar o funcionamento do pé.
 - A medicação para ajudar a reduzir a dor e a inflamação como antiinflamatórios não-esteróides e a utilização de alguns suplementos com algumas vitaminas e minerais também podem ser de grande ajuda.
 - Em ocasiões, muito específicas, se realizam infiltrações por meio de injeções de pequenas quantidades de cortico-esteróides no pé afetado

Turmas especiais
aos fins de semana.



colflva

CURSO TÉCNICO EM PODOLOGIA

A saúde
dos pés em
suas mãos

47 3037.3068

www.inainstituto.com.br

Rua Hermann Hering, 573
Bom Retiro // Blumenau // SC

Credenciado pelo Parecer CEE/SC nº 395/05, por delegação
de competência do MEC em 20/12/2005 e decreto Estadual
nº 4.102 de 16/02/2006 (Parecer CEDP nº 040 em 28/04/2008)

INA
INSTITUTO
Educação no seu tempo

para ajudar a reduzir a inflamação e a dor.

- A terapia de ultra-som ou outras modalidades de fisioterapia devem apresentar alívio.

Em alguns casos, a cirurgia é o único caminho para eliminar ou reduzir a dor. Existem vários tipos de cirurgia que podem ser aplicados para o tratamento de Halux Rígido.

Estes procedimentos cirúrgicos se dividem em duas categorias.

Alguns procedimentos reconstróem e "limpam" a articulação. O cirurgião remove o dano artrítico da articulação, assim como qualquer esporão que tiver crescido no osso; assim altera a posição de um ou mais ossos do halux. Estes procedimentos foram idealizados para preservar e restaurar o alinhamento normal e as funções da articulação, assim como para reduzir ou eliminar a dor.

Quando não se pode preservar a articulação é necessário realizar procedimentos mais agressivos. Estes podem levar a fusão da articulação, a remoção de parte ou de toda a articulação e, em alguns casos, a técnica de um implante como aqueles utilizados para o quadril ou o joelho.

Estes procedimentos eliminam a mobilidade dolorosa na articulação e dão estabilidade.

O procedimento adotado para corrigir o Halux Rígido depende de muitos fatores, incluindo a causa e a gravidade da doença, assim como a idade do esportista, sua ocupação e os níveis de sua atividade esportiva.

Ao realizar uma intervenção cirúrgica, a duração do período de recuperação variará de acordo

ao procedimento ou os procedimentos realizados.

Halux flexo

É um grau mais avançado do Halux rígido.

O primeiro metatarsiano está dirigido á face dorsal; a falange esta caída para a face plantar, apresenta um higroma ao nível da face dorsal do halux e outro no apoio da face plantar da ultima falange, inclusive com exostose.

Etiologia

Pode ser causado:

- Por seqüelas do tratamento por ter sofrido uma poliomielite.
- Por paralisia do músculo extensor do halux.
- Por paralisia do músculo fibular lateral longo.
- Pela supinação do pé eqüino varo congênito.
- Por estar muito potencializado o músculo tibial anterior.
- Por um pé valgo congênito convexo.

Nos esportistas as causas podem ser por excessiva exigência do músculo tibial anterior nos treinamentos, ou por traumatismos que produzem atonias passageiras dos músculos fibular longo e do extensor do halux.

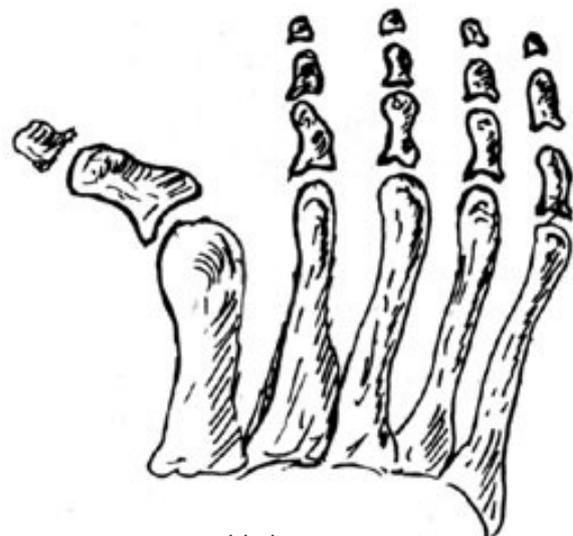
Halux Varo

O halux está em situação de varo. Em geral é de origem congênita, com desvios de ângulos de 60° a 90°. Associa-se a pé eqüino, sindactilia e poli-dactilia. O halux observado na radiografia em geral é mais grosso e plano.

Podem existir duas falanges supernumerais paralelas ou em seqüência. Também pode ser



Halux flexo



Halux varo

adquirido como consequência a seqüelas de uma intervenção cirúrgica de Halux Valgo.

Na radiografia podemos observar dois tipos:

1- Halux Varo com prolongamento do primeiro metatarsiano varo, sendo normal a articulação do metatarso com a falange.

2- Halux Varo em que o metatarsiano tem uma correta direção e a falange se articula com a porção interna do primeiro metatarsiano. Caracteriza-se pela presença de uma fita fibrosa desde a base da primeira falange até o primeiro metatarsiano.

Dedos em martelo

Definiremos como dedo martelo a existência de uma flexão da segunda falange sobre a primeira, sendo mais freqüente no segundo dedo. Podem ser por causa congênita ou adquirida e geralmente está associada a outras patologias dos dedos como o Halux Valgo.

No seu início a posição dos dedos podem ser posturais ou adquiridas, com o passar dos anos os dedos vão se tornando mais retráteis e ficam praticamente irreduzíveis e podem aparecer calos ao nível da face dorsal da cabeça articular da primeira falange.

Nos esportistas dificulta as ações de flexão e extensão dos dedos, que é imprescindível para a prática esportiva

As causas podem ser várias:

- Adquirida intrínseca. Por desequilíbrio muscular do pé, por utilização do calçado inadequado (curto, estreito ou pequeno) que causa deformidades que com o passar do tempo ficam permanentes, aparecem sobre todo o antepé plano (sobre apoio das cabeças metatarsais que fazem descer as falanges e subir os dedos).

Também por pé cavo, tem insuficiência dos músculos extensores por encurtamento, flexão dorsal da primeira falange e flexão plantar da segunda e terceira falange.

- Adquirida extrínseca. Não tem existência de lesões no pé. O agente externo causador pode ser o calçado inadequado ao crescimento do pé em idade de ossificação.

- Congênita. Aparece em indígenas e em geral em pessoas que andam descalças, os dedos do pé efetuam uma contração para fixar-se ao terreno quando caminha.

- Inflamatória. Por artrite crônica inflamatória e evolutiva.

Variedades de dedos em garra

Garra proximal

Produz-se quando tem uma elevação da primeira falange, a segunda e a terceira estão caídas, ou quase horizontais. Existe um calo dorsal com higroma por pressão na articulação do dedo. Ao caminhar se produz, geralmente, outro calo na polpa do dedo e outro plantar por pressão da cabeça do metatarsiano. A cápsula articular (intra-articular) da primeira articulação interfalângica se encontra caída em sua face dorsal, e em sua face plantar se encontra contraída.

Na articulação metatarso-falângica a face plantar se encontra caída e a face dorsal contraída. A lesão torna-se definitiva e permanente por causa destas articulações, nas quais produzem, geralmente, uma exostose. Ao nível do higroma dorsal pode ter supuração, pode ser para o exterior ou para o interior da articulação. Por compressão dos dedos laterais se estreita a falange do dedo em garra proximal.

Garra distal

Produz-se quando a primeira e a segunda falange do dedo estão horizontais e a terceira falange está vertical, é verificado que tem retração do músculo flexor. A causa pode ser a utilização do calçado menor do que o adequado ao pé.

Garra total

Produz-se quando a primeira falange está muito elevada, a segunda falange está horizontal e a terceira falange está muito caída. pode acompanhar-se de dois calos muito doloridos.

Garra invertida

Produz-se quando a primeira falange está horizontal, a segunda falange está muito caída e a terceira falange está horizontal e paralela a primeira falange. Uma das causas é o uso do calçado com solado de madeira que impedem o deslizamento correto dos dedos. O uso deste tipo de calçado deve-se desaconselhar sempre nos esportistas.

Pescoço de Cisne

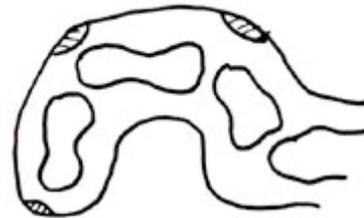
Produz-se quando tem uma elevação da primeira falange e a segunda e terceira falanges estão bastante descidas, alcançando quase a verticalidade. Geralmente é congênito por retração dos

Dedos em martelo

● Calo ● Exostose



Garra distal



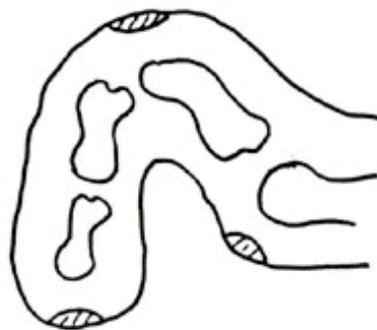
Garra total



Garra invertida



Garra proximal



Pescoço de cisne

flexores. Em geral é associado ao Halux Valgo. O estreitamento da falange proximal é muito notório por estar muito caída. Com o passar do tempo passa a ser um dedo denominado em bastão.

Quinto dedo varo

Pode ser congênito ou adquirido:

- Congênito (de 40° a 80°). É mais freqüente que o dedo esteja em supradutus sobre o quarto dedo que em infradutus. A unha é rudimentar, o dedo está muito plano com luxação do extensor no quarto espaço, porque o dedo é deformado. Como lesão característica pode aparecer um calo interdigital. A superfície articular do quinto metatarsiano aponta para dentro.

- Adquirido. Também conhecido como angulação do quinto raio. O metatarsiano está para fora e o dedo para dentro, tem calo e bursite formando um joanete de alfaiate. Em geral é associado ao Halux Valgo formando o denominado antepé plano triangular. Tem uma luxação do flexor e do extensor do quinto dedo ao nível do quarto espaço interdigital.

Somos a diferença na podologia!



LORENS FEET

Exclusivo desodorante 100% natural com poder de inibir a transpiração e esterilizar pés e sapatos.

Combate o mal cheiro proveniente dos fungos e bactérias, liberando um delicioso perfume de cidreira



MELALEUCA NANO VETORIZADO:

Sendo pioneiro na podologia com tecnologia nanométrica, de origem australiana, 100% puro e natural.

Tem super penetração atingindo fungos e bactérias com extrema facilidade. Por ser encapsulada sua molécula não oxida, evitando alergias com liberação do ativo prolongado.



EMOLUX

Emoliente concentrado com poder de remoção das áreas hiperqueratinizadas. Rende até dois litros.



KARIM

BASE FORTALECEDORA DE UNHAS:

Enrijece as unhas na primeira passada, pois contém Cálcio, Queratina e D- Pantenol, associados com Cravo, Tomilho e Melaleuca que protegem do ataque de fungos e bactérias.

Esta nova tecnologia que chega ao Brasil, pode ser usado em crianças e gestantes, pois não contém petrolato. Removível com água quente se aplicado puro ou da forma tradicional, utilizando por cima um esmalte de sua preferência.



ONICO FREE

Contem cinco fungicidas naturais: Melaleuca, Tomilho, Argam Cravo e Menta, o que faz este produto ser o responsável pela cura de todas as

Sua alta concentração de cravo e menta aumenta sua ação



CURCUMINA

Produto para ser usado com luz azul ou verde. Criado com a tecnologia de nano vetorização.

Suas partículas de cúrcuma, cravo e rosa mosqueta, são de cinco a dez vezes menores que fungos e bactérias.



HIGILUX

O primeiro antisséptico concentrado na podologia comprovado com teste laboratorial. Rende até cinco litros.



A.G.E.

ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS

Loção oleosa, altamente hidratante e cicatrizante. Formulada com óleos vegetais naturais como: girassol, milho e cenoura, Triglicerídeos de cadeia média, Ácidos graxos essenciais, Vitaminas A e E, Lecitina e Alfa Bisabolol.

Age formando uma camada que previne e trata a pele lesada. Ideal para ser usado por pessoas acamadas, que necessitam de uma alta regeneração na pele.

Fone: 11 - 2693.3723 Cel/Whatsapp: 11 - 98390.9070

e-mail: dermolorens@yahoo.com.br www.dermolorens.com.br

 **DermoLorens**
Nós tocamos sua vida.

SEJA UM
REPRESENTANTE
Lorens

www.shop.mercobeauty.com
Shop de Revistapodologia.com

KIT 22 Temas

22 TEMAS

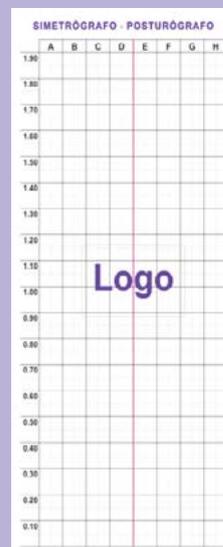
Formatos: PowerPoint/PDF
Idiomas: PortuguêS-Español

Para ver no seu / Para ver en su
Pc, Notebook, Tablet ou/o Celular.

Envios por download (baixar - bajar)

Posturógrafo

- ✓ Para fazer a avaliação postural em pacientes.
- ✓ Medida 2,10 x 1,0 m, de lona tipo banner.
- ✓ Para ser colocado na parede.



LIVRO Podología Esportiva



Libro Podología Deportiva

✓ **IDIOMAS ESPAÑOL E PORTUQUÊS.**

Este libro disponibiliza informaciones sobre el paciente que ejerce alguna disciplina deportiva, y colabora estimulando al profesional a un mejor desempeño.

Este livro disponibiliza informações sobre o paciente que exerce alguma atividade esportiva, e colabora estimulando ao profissional para um melhor desempenho.

Envios de Brasil para todo el mundo



+55 19 98316-7176

Fuera de Brasil el pago es por **PayPal**
en moneda/tarjeta de su país.

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS - 40 x 30 cm

Onicomicoses - Onychomycosis

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

Causas: *Dermatofitos (filamentosos FFD / não filamentosos FNFD) ou leveduras*
Dermatofitos (filamentosos FFD / no filamentosos FNFD) o levaduras

Distal
Lateral
Proximal

Distal lateral
Subungual lateral

Superficial branca
Especializada branca

Distal branca
Distal lateral

Subungual distal-lateral
Subungual distal e lateral

Subungual proximal
Subungual proximal

Mudança branca (distal)
Por *Candida albicans* (levedura)
Por *Candida albicans* (levedura)

www.revistapodologia.com - Fone: (19) 3333-7176

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Vista Dorsal

Vista Plantar

1 Calcâneo - Calcâneo
2 Calcâneo anterior da tíbia
3 Calcâneo lateral e tibial
4 Calcâneo medial da tíbia
5 Calcâneo lateral da tíbia
6 Calcâneo distal
7 Calcâneo da tíbia - Calcâneo
8 Calcâneo
9 Calcâneo da tíbia
10 Calcâneo da tíbia
11 Calcâneo da tíbia
12 Calcâneo da tíbia
13 Calcâneo da tíbia
14 Calcâneo da tíbia
15 Base do 5º metatarsiano
16 Base do 5º metatarsiano
17 Base do 5º metatarsiano
18 Base do 5º metatarsiano
19 Base do 5º metatarsiano
20 Base do 5º metatarsiano
21 Base do 5º metatarsiano
22 Base do 5º metatarsiano
23 Base do 5º metatarsiano
24 Base do 5º metatarsiano
25 Base do 5º metatarsiano
26 Base do 5º metatarsiano
27 Base do 5º metatarsiano
28 Base do 5º metatarsiano
29 Base do 5º metatarsiano
30 Base do 5º metatarsiano
31 Base do 5º metatarsiano
32 Base do 5º metatarsiano
33 Base do 5º metatarsiano
34 Base do 5º metatarsiano
35 Base do 5º metatarsiano
36 Base do 5º metatarsiano
37 Base do 5º metatarsiano
38 Base do 5º metatarsiano
39 Base do 5º metatarsiano
40 Base do 5º metatarsiano
41 Base do 5º metatarsiano
42 Base do 5º metatarsiano
43 Base do 5º metatarsiano
44 Base do 5º metatarsiano
45 Base do 5º metatarsiano
46 Base do 5º metatarsiano
47 Base do 5º metatarsiano
48 Base do 5º metatarsiano
49 Base do 5º metatarsiano
50 Base do 5º metatarsiano

www.revistapodologia.com

Salto Alto - Taco Alto

43% 57%

57% 43%

75% 25%

90% 10%

www.revistapodologia.com

REFLEXOLOGIA PODAL

www.revistapodologia.com

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Face posterior

Face medial

Face lateral

www.revistapodologia.com

Classificação Morfológica dos pés

Clasificación morfológica de los pies

www.revistapodologia.com

SISTEMA MUSCULO-VASCULAR

www.revistapodologia.com

Calosidade e Tipos de Calos - Callosidad y Tipos de Callos

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

Calosidade - Calosidade
 Calo Mitoi - Calo Mitoi
 Calo com nódoa - Calo com nódoa
 Calo Interdigital - Calo Interdigital

Calo Mitoi - Calo Mitoi
 Calo Duro - Calo Duro
 Calo Branco - Calo Branco
 Calo Branco - Calo Branco

www.revistapodologia.com - Fone: (19) 3333-7176