

Práticas Podológicas

Livro Digital elaborado pelos alunos do
Curso Técnico em Podologia

Turma: Podo NS



Livro Digital elaborado pelos alunos da turma PODO NS – Senac Vila Prudente

Ebook – Livro Digital. Práticas Podológicas.

Autores diversos. Alunos do curso Técnico em Podologia.

Ano: 2020

São Paulo

Edição e Revisão: Cilene Regina Savegnago Rodrigues

São Paulo

2020

Livro Digital - Práticas Podológicas



Este ebook foi elaborado pelos alunos da turma **PODO NS** do Senac Vila Prudente.

Curso: Técnico em Podologia **Área:** Saúde e Bem-estar

O objetivo deste projeto é promover a reflexão da nossa prática diária e fortalecer o aprendizado das técnicas de podologia aprendidas e aplicadas no curso.

Podo NS – Senac Vila Prudente

Ariana Cordeiro de Almeida dos Santos

Claudia Regina Vikar

Debora Curia Bernardes

Eliane Fernandes Lopes

Elineide Rosa de Oliveira

Elizabeth Goncalves Batista

Eulisa Leandro de Almeida

Fabineide Ferreira Martins

Flávio Augusto Conti Guglielmino

Gilvania Oliveira de Melo

Jeane Soares dos Reis

Luciene Melo da Silva Rosa

Marilia Rodrigues Silva

Patricia Evelin dos Santos

Renata Gama dos Santos

Samuel Antonio de Oliveira

Selma Negreiros Lima

Verônica Aquino de Lima



Sumário

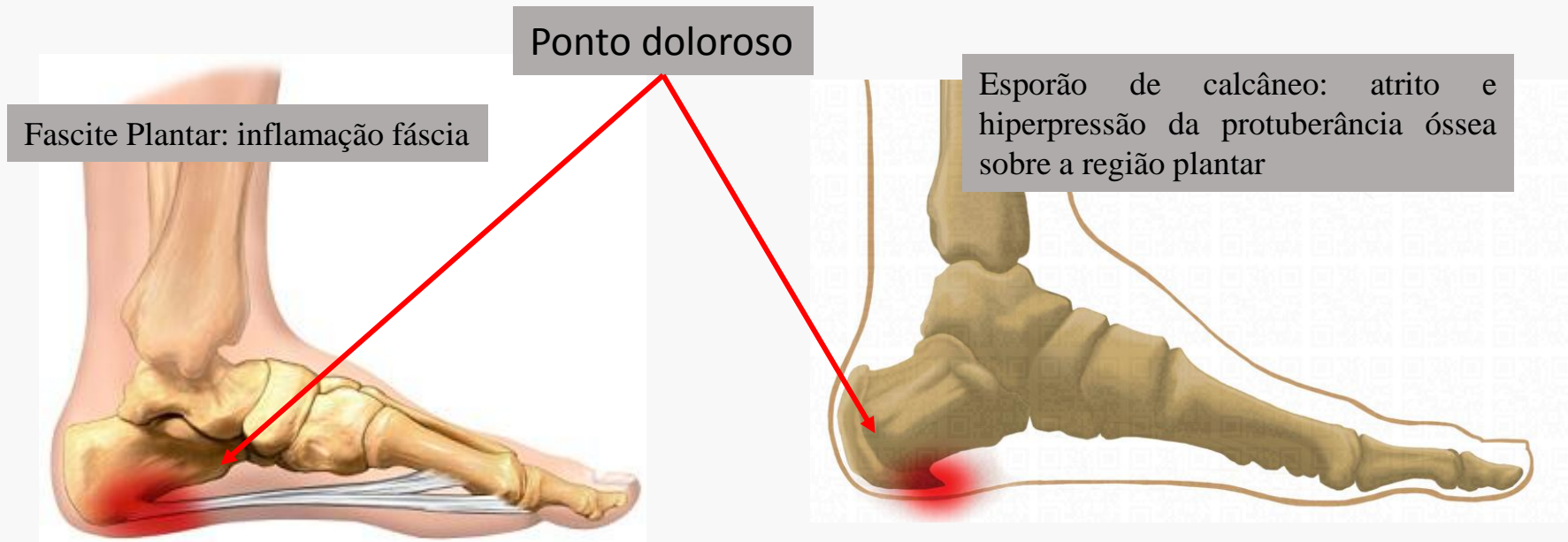
Fascíte Plantar	06
Bolhas.....	16
Psoríase Ungueal.....	23
Tungíase.....	31
Tinea Pedis.....	34
Onicomucose.....	41
Verruga Plantar.....	46
Hidroses.....	52
Calos.....	55
Calosidades.....	58
Fissuras.....	63
L.U.P.I. – Lesões Ulcerativas Plantar e Interdigital.....	67
Onicofose.....	71
Hematoma Subungueal.....	75
Onicocriptose.....	78
Nevo Pigmentar.....	84
Onicólise.....	90
Paroníquia.....	94
Considerações Finais.....	99

Fascíte Plantar

A fascite plantar é definida como a inflamação da fásia plantar, uma camada fibrosa de tecido que reveste a sola do pé, estendendo-se do calcanhar até a região próxima aos dedos, onde está localizado os metatarsos. A principal função da fásia plantar é auxiliar na sustentação do arco longitudinal medial, auxiliando no amortecimento e impulsão.

A fascite plantar é uma das patologias mais comuns que ocorrem nos pés. Esse processo inflamatório é causado, principalmente, por sobrecargas geradas pelo sobrepeso, atividades de alto impacto, uso de calçados inadequados e alterações no arco plantar.

É frequentemente confundida com esporão de calcâneo, porque o quadro clínico de dor localizado são iguais.



Fascíte Plantar

Causas e fatores

- Atividade de alto impacto: pessoas que trabalham muito tempo em pé, caminham muito durante o dia, atletas que utilizam muito os membros inferiores, ou estresse repetitivo nos pés, aumentam o risco da fascite.
- Alterações no arco plantar: pé chato ou pé cavo podem fazer com que a fascia fique sob estresse repetitivo constante;
- Sobrepeso: é um dos principais fatores da fascite plantar. Quando o peso do indivíduo tem um aumento considerável os pés se sobrecarregam e não conseguem distribuir o peso corporal de forma igual ou equilibrada. Há uma sobrecarga no calcâneo principalmente, o que gera um estresse repetitivo. Em muitos casos podem evoluir para o esporão de calcâneo.
- Calçados inadequados: com pouco amortecimento e caixa muito estreita podem fazer com que os pés fiquem mal posicionados durante a caminhada (marcha), sem uma absorção de impacto adequada e suficiente.

Fascíte Plantar

Desalinhamento Biomecânico

Pisada Pronada, supinada e neutra, referem-se ao alinhamento da articulação do tornozelo no momento da pisada. Classificamos então os 3 tipos de alinhamentos:

- Na pisada supinada, o tornozelo desalinha para fora durante o andar. Como consequência dessa alteração, a pressão na região plantar ficará mal distribuída, concentrando-se na região lateral dos pés. A má distribuição de carga acarretará em uma piora no mecanismo de amortecimento dos pés, sobrecarregando a fascia plantar.
- Na pisada pronada, o tornozelo faz um movimento acentuado para dentro. Tal desalinhamento aumenta a pressão na região interna dos pés, altera a biomecânica, piora o mecanismo de amortecimento e, conseqüentemente, sobrecarrega a região plantar.
- A pisada neutra representa uma pisada em que as articulações do tornozelo e pé se encontram alinhadas. Desta forma, durante o caminhar, os pés serão capazes de redistribuir de forma mais apropriada a carga recebida, sem sobrecarregar outras estruturas.

Fascíte Plantar

PRONADA



Assim que toca o chão o pé apoia-se no seu lado mais interno e se contorce para dentro, usando o dedão para ganhar impulso.

NEUTRA



O pé toca o chão apoiando o lado externo do calcanhar e se move levemente para dentro, seguindo em linha reta até a elevação do dedão.

SUPINADA



O pé toca o chão no lado externo do calcanhar e continua o movimento usando o seu lado mais externo, ganhando impulso no dedinho.

Fascíte Plantar

Existem três tipos de pés: o neutro, o cavo e o chato. Cada um deles possui uma altura diferente do arco plantar e, dependendo do tipo, a estrutura pode deixar o pé mais propenso a lesões e estresses.

O pé neutro possui altura do arco compatível com seu comprimento e largura. É o mais comum e, geralmente, melhor para realizar o movimento que distribui a carga imposta nos pés e absorve o impacto.

O pé cavo possui um arco mais elevado e acentuado. Consequentemente, a sua área de apoio é menor e, em geral, possui uma estrutura mais rígida. Com menor área de apoio durante o caminhar, a pressão depositada no pé fica concentrada nos metatarsos – região próxima aos dedos – e no calcanhar. Já a fásia plantar, nesse tipo de pé, encontra-se encurtada e tensa, o que favorece sua inflamação.

O pé chato ou plano tem o arco plantar diminuído. Possui uma grande área de apoio, pois quase toda a sola do pé fica em contato com o chão. Esse tipo de pé possui menor capacidade de absorção de carga, quando comparado ao pé normal, pois a estrutura que deveria absorver a carga está completamente desabada sobre a fásia. Com o desabamento do arco longitudinal do pé, a fásia encontra-se sobrecarregada, favorecendo a inflamação.

Fascíte Plantar



Normal



Chato



Cavo

Fascíte Plantar

Sinais e Sintomas

O sintoma mais comum de fascite plantar é a dor, que pode aparecer no calcanhar ou no arco do pé. Ela fica evidente após longos períodos de repouso, principalmente ao acordar, pois no primeiro contato do pé com o chão ocorre um estranhamento rápido do tecido, levando a sensação de dor.

A dor tende a melhorar com a movimentação, porém atividades com sobrecargas podem desencadear a dor novamente. Exercícios de alto impacto e ocupações que exijam longos períodos em pé podem gerar desconforto e dor após certo tempo de atividade.

Pessoas com fascite plantar podem ter limitações significativas em suas atividades diárias devido a dor.

O simples ato de caminhar pode gerar a piora do quadro inflamatório e de dor nos pés.



Fascíte Plantar

Como podólogos, podemos oferecer as orientações práticas e utilizar a tecnologia que está ao nosso alcance, traçando uma conduta terapêutica dentro do limite de atuação profissional.

A orientação principal é a indicação de uma visita ao ortopedista através de uma carta de indicação, onde o podólogo escreve seus achados clínicos junto com a sua suspeita e pede a investigação médica. Por isso é interessante o contato com uma equipe multiprofissional da saúde para que possam contribuir para a saúde integral do cliente.

Podemos recomendar que se realize compressas de gelo no local e massagens nos pés e parte posterior da perna para aliviar a dor.

Evitar o uso de calçados baixos e rígidos, andar descalço, bem como o uso de saltos muito altos.

Recomenda-se sapatos confortáveis e de tecido flexíveis.

É importante reduzir a prática de atividade física durante o tratamento para evitar os altos impactos, o controle de peso (sobrepeso e obesidade) para evitar a sobrecarga e que a inflamação se manifeste novamente.

Fascíte Plantar

Conduitas Terapeuticas Podológicas

- **Fototerapia:** laser e led para analgesias e inflamações

Luz Infravermelha: 2 minutos com Cluster no local. Procede-se 3x por semana

- **Eletroterapia:** alta frequencia para analgesia e inflamações

Com eletrodo cebolinha, aplicar a alta frequencia local (plantar) por 8 minutos. Proceda 3x por semana.

- **Escalda Pés:** analgesia e inflamações

Realize escalda pés com agua morna, sal e óleo essencial de copaíba.



A reflexologia Podal com massagem relaxante pode auxiliar no alívio das dores. O podólogo é um profissional habilitado para aplicar a técnica e traçar uma conduta terapeutica em reflexologia para o cliente.

Fascíte Plantar

- Exercícios para alongar o tendão do calcâneo, simultaneo a exercícios para alongar a fáscia plantar.
- Indicação de suportes plantares do calcaneo para absorver o impacto no local.
- Aplicação de bandagens elásticas neuromusculares para estabilização estrutural do arco plantar. Para realizar a aplicação das bandagens elásticas é necessário realizar o curso específico e ter conhecimento em anatomia e biomecanica.
- Uso de talas, de 1 a 3 meses, durante a noite para aliviar a dor que perdura por mais de 6 meses, posicionando o pé em dorsiflexão para que haja alongamento da fáscia e do tríceps sural.



Bolhas

É uma lesão circunscrita e elevada com um depósito de líquido sob a superfície da pele. A bolha aparece quando ocorre atrito constante entre o pé e o calçado, ou meias, e até mesmo o solo. É mais comum em regiões em que o osso está saliente, como nos calcanhares e nos dedos, pois há contato constante. Ela se forma quando uma camada de pele se descola (por causa da fricção e pressão) e enche de líquido, geralmente incolor. Caso algum vaso sanguíneo se rompa no descolamento da pele, a bolha enche de sangue. A região em torno da bolha é muito sensível à pressão e a irritação contínua pode causar eritema, edema e inflamação.

Essa bolsa de fluido corporal (linfa, soro, plasma, sangue ou pus) se forma dentro das camadas superiores da pele, tipicamente causadas por fricção forçada, queimaduras, congelamento, exposição a produtos químicos ou infecção. A maioria das **bolhas** é preenchida com um líquido claro, seja soro ou plasma.



Bolhas

Causas e fatores

- Uso de calçados apertados;
- Queimaduras ocasionadas pelo frio, calor ou muito sol;
- Doenças na pele;
- Alergias e irritações na pele provocadas por agentes químicos.

Regiões mais afetadas:

Sola dos pés ou nas palmas das mãos.

As regiões afetadas mais comumente são o calcanhar e os dedos dos pés devido ao atrito.

As bolhas dos pés são causadas pelos esportes, caminhadas ou sapatos novos. As bolhas das mãos são causadas pelo uso prolongado de uma ferramenta... por exemplo.



Bolhas

As bolhas podem se agravar e se tornarem lesões ulcerativas. As lesões ulcerativas são difíceis de cicatrizar e geram um impacto muito grande na vida do indivíduo, afetando físico, emocional e social.

Nunca retire a pele que recobre a bolha, pois ela é a melhor proteção até sua cicatrização.

Se for retirada, passará a ser uma porta de entrada para microrganismos.



As bolhas podem surgir devido:

- suor, que amolece a pele e a deixa mais sensível ao atrito;
- desajuste das meias, causando uma fricção irregular entre meia e pele;
- tomar banho quente antes de caminhar;
- utilização de calçados inadequados e não impermeáveis; costuras ou protuberâncias internas do calçado.

Bolhas

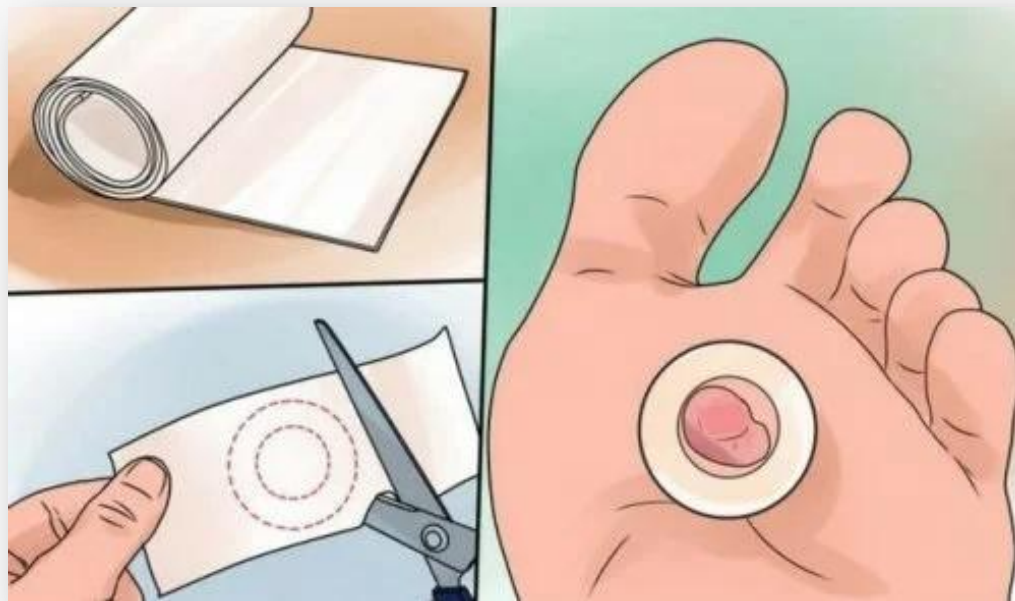
Conduta Terapeutica

Não fure as bolhas, pois isto aumenta a possibilidade de infecção. Elas secarão e a pele se desprenderá em uma a duas semanas. Realize curativo em quadrante para evitar que o curativo se prenda sobre a pele da bolha.

Mantenha a superfície limpa nas trocas do curativo com um sabão antibacteriano .

O curativo quadrante evita que o adesivo cole na pele e se rompa. Proteja o entorno da lesão e cubra com gaze de rayon com AGE e fitoterápicos que podem auxiliar na cicatrização. Sugestão ANEX.

Caso haja o extravasamento do líquido, mantenha a pele no local para proteger e secar e proceda o curativo oclusivo normalmente.



Bolhas

Em caso de bolhas extensas em local de muita pressão ou atrito, como por exemplo, calcâneo e região dos metatarsos, há necessidade de uma intervenção podológica que consiste em assepsia local, fazer pequenos furos nas laterais da bolha, pressionando-a por cima com gaze para drenar o líquido até o extravasamento total, deixando a pele colada ao ferimento. Realizar limpeza local com soro fisiológico e curativo de coxim negativo de gaze compressa e fechar com esparadrapo. Se a bolha estiver localizada abaixo de uma calosidade, utilizar o mesmo método de tratamento, mas com o desbaste superficial cuidadoso. Em ambos os casos o cliente deverá retornar ao podólogo após duas semanas para remoção dos resíduos restantes.



Regiões onde o atrito e a hiperpressão são constantes, podem ocorrer o rompimento abrupto e a pele sair inteira. Há risco de infecções mais graves.

Por isso é importante avaliar se há necessidade desse extravasamento do líquido.



Bolhas

Orientações

- Escolher meias adequadas é igualmente importante para evitar o surgimento de bolhas. Elas são mais grossas e, assim, evitam o atrito, são mais confortáveis, duráveis e também ajudam a eliminar a umidade dos pés.
- Evite utilizar meias furadas e sem calcanhar, pois elas aumentam o atrito dos pés com os calçados — assim como as meias de algodão, mais abrasivas e retentoras de umidade.
- Calçados adequados quanto a numeração e a adequação ao tipo de pé. O podólogo realiza o exame de plantigrafia completa para avaliar o tamanho, o tipo de pé e quais os calçados mais adequados para cada cliente.

Meias Antibolhas

Meia especial para pés sensíveis, adequada para todos os tipos de esportes e principalmente para caminhada. Sem costura e punho de leve compressão. Felpa interna ultramacia, antiimpacto, protege o calcanhar, planta dos pés e dedos contra bolhas e calos causados pelo atrito. Peito do pé sem o acolchoamento inferior, evita superaquecimento. Absorve também a transpiração dos pés. Com proteção antiodor e antimicrobial.

Composição: 82% algodão, 14% poliamida, 4% elastano



Bolhas

Conduta Podológica

Curativos Oclusivos

Realizar curativos oclusivos em quadrantes com fitoterápicos.

Podemos utilizar a fibra de alginato para manter sem exsudação, AGE e ANEX

Fitoterapia: óleos essenciais de copaíba, cravo e melaleuca são excelentes para inflamações e cicatrização

Fototerapia: laser e led para inflamação e cicatrização (regeneração tecidual)

Luz Azul: 40 segundos local

Luz Vermelha: 2 minutos local

Proceder até a cicatrização completa 2x por semana

Eletroterapia: alta frequência para cicatrização

Aplicar eletrodo cebolinha sobre a lesão por 5 minutos.

Proceder até a cicatrização completa 2x por semana.

Psoríase Ungueal

É uma doença de pele que, embora apareça mais frequentemente nos braços, couro cabeludo e em grandes extensões do corpo, também pode afetar os pés. Por ser um problema crônico e, na maioria das vezes, genético, ela não apresenta cura. Tem como prevalência a causa emocional. Existem várias formas da doença, sendo a mais frequente a **psoríase** em placa, que ocorre em 80% a 90% dos pacientes, com as lesões podendo surgir em qualquer parte da pele. Acredita-se que a psoríase seja um problema do sistema imunológico. Os gatilhos incluem infecções, estresse e frio.

Principais sintomas

Para cada tipo de psoríase que atinge os pés, existem sintomas diferentes e, na maioria dos casos, a doença pode afetar mais regiões do corpo, como as mãos e os joelhos. Embora o quadro clínico possa ser diferente em determinadas regiões do corpo, o fundo emocional é a causa principal de todos os tipos de psoríase.

- Psoríase artropática: surge de forma idiopática, acompanhada de dor nas pontas dos dedos das mãos e dos pés ou nas grandes articulações como a do joelho.
- Psoríase pustulosa: lesões com pus nos pés e nas mãos ou espalhadas pelo corpo.
- Psoríase palmo-plantar: as lesões aparecem em forma de fissuras nas palmas das mãos e sola dos pés.
- Psoríase ungueal: surge no leito ungueal das unhas das mãos e dos pés.

Psoríase Ungueal

A psoríase é comum e afeta cerca de 1 a 5% da população mundial. Pessoas de pele clara estão em maior risco, enquanto pessoas negras estão menos propensas a desenvolver a doença. A psoríase começa, com mais frequência, em pessoas com idade entre 16 a 22 anos e de 57 a 60 anos. Entretanto, pessoas de todas as faixas etárias e raças estão suscetíveis.

As placas de psoríase são produzidas devido a um índice anormalmente elevado de crescimento das células cutâneas. A razão para o rápido crescimento das células é desconhecida, mas acredita-se que um problema no sistema imunológico tenha um papel importante. O distúrbio geralmente se manifesta em famílias, e certos genes estão associados com a psoríase.



Como não tem cura, os tratamentos da psoríase é apenas para melhorar o quadro clínico e evitar que as lesões se agravem. Os sintomas como coceira, ardência podem ser controlados.

Psoríase Ungueal

A Psoríase nas unhas, também chamada de psoríase ungueal, acomete o leito ungueal e a placa da unha, podendo causar descolamentos, espessamentos, hiperqueratose subungueal, descamação, entre outros.

Dentre os fatores de risco podemos citar o histórico familiar da doença, estresse, obesidade, clima, hábitos diários com cuidados do corpo e drogadição (tabagismo e alcoolismo).

Sinais e Sintomas

- Manchas vermelhas com escamas secas esbranquiçadas ou prateadas;
- Pequenas manchas brancas ou escuras residuais pós lesões;
- Pele ressecada e algumas vezes com sangramento;
- Coceira, queimação e dor;
- Unhas espessas, sulcadas e descoladas e com depressões puntiformes;
- Inchaço e rigidez nas articulações.



As lesões também causam desconforto emocional, pois o aspecto estético influencia no convívio social.

Psoríase Ungueal

A psoríase ungueal pode ser controlada com medicamentos de uso tópico, como esmaltes de clobetasol, que deve ser aplicado duas vezes por semana, ou corticoides feitos à base de vitamina D, que são aplicados diretamente nas feridas que podem se formar na pele dos dedos das mãos e dos pés. O dermatologista também pode solicitar acompanhamento com equipe multidisciplinar incluindo fisioterapeuta para reabilitar movimentos das articulações que ficam mais rígidas, psicólogos para acompanhamento das questões emocionais, psiquiatra para as questões psicossomáticas como insônia, distúrbios alimentares entre outros.

O papel do podólogo é de extrema importância no tratamento multidisciplinar da psoríase ungueal. É o profissional que vai cuidar das lesões e dos cuidados com a pele e proporcionar a melhora no quadro clínico. O podólogo atua de forma efetiva nas unhas tanto das mãos quanto dos pés. Embora o podólogo dedica-se aos cuidados dos pés, temos uma patologia que pode ser acompanhada e controlada com a terapêutica podológica.

A equipe multidisciplinar tem papel fundamental no controle de uma doença crônica que depende do controle emocional diário para se manter em equilíbrio e evitar o agravamento.

1 sessão: somente com terapêutica podológica.



Psoríase Ungueal

Procedimentos Podológicos

Sabemos que pessoas com psoríase podem desenvolver ainda a psoríase artropática com alterações nas lâminas ungueais. Ao fazer o exame físico deve ficar atento aos sinais e sintomas, verificar se o cliente sente dores articulares, causada pela psoríase, se não for tratada corretamente pode levar a deformidade articular e óssea.

O conhecimento que podólogo adquire no procedimento faz dele ser muito requisitado em equipe multidisciplinar. Deve ter um cuidado extremo ao proceder o corte das unhas e desbaste com lâmina descartável estéril de lâmina bisturi nº20, evitando sangramento. O desbaste é realizado quando há presença de hiperqueratose, pois a camada de queratina endurecida piora os movimentos articulares e causa dores.

Pode haver comprometimento de apenas uma lamina ou de várias. O sinal de presença de psoríase é quando aparece pequenos pontos amassados (depressões puntiformes), onicorrexe (unha quebradiça, fragmentada ou com fissuras longitudinais da lâmina ungueal) ou lesões no leito ungueal que são visíveis clinicamente como espessamento e onicólise (descolamento das unhas) pequenas hemorragias subungueais, manchas amarronzadas.

Não realizar procedimentos invasivos e evitar a retirada de cutícula e brocagem mais severa, pois pode agravar o problema. A onicotomia deve ser feita com cautela, evitando deixar muito curta as unhas e aplicar apenas soro fisiológico como emoliente e higienizador, substituindo produtos que possam gerar um quadro de alergias.

Psoríase Ungueal

Conduta Terapêutica Podológica

A conduta terapêutica podológica em psoríase ungueal consiste em amenizar os sinais e sintomas do quadro clínico apresentado pela doença nos picos de crise e a manutenção da saúde da pele e das unhas das mãos e dos pés. Uma vez restabelecida, deve-se priorizar a manutenção (responsabilidade cliente e profissional).

Fototerapia: laser e led para cicatrização e regeneração tecidual

- Luz Infravermelho: 2 minutos com Cluster (para analgesias)
- Luz Azul: 40 segundos com Cluster (para efeitos bactericida e fungicida)
- Luz Vermelha: 2 minutos com Cluster (para regeneração tecidual)

Proceda o Protocolo 1x por semana

Eletroterapia: alta frequência para cicatrização e regeneração tecidual

Com eletrodo cebolinha, aplicar a alta frequência em todos os dedos, unhas ou lesões aparentes por 8 minutos.

Proceda o protocolo 1x por semana.

Psoríase Ungueal

Fitoterapia: cicatrização e calmante

Podemos produzir blends que favorecem a cicatrização, a regeneração tecidual e efeitos calmantes para a pele. Blend com óleo essencial de copaíba, óleo essencial de melaleuca e óleo essencial de lavanda, pode ser uma excelente sinergia para uso diário.

Aplicação de uso diário pelo cliente (Creme de hidratação profunda)

- 1 pote de creme a base de ureia e lanolina (sugestão: HOMEOPAST)
- 15 gotas de óleo essencial de copaíba
- 10 gotas de óleo essencial de melaleuca
- 10 gotas de óleo essencial de lavanda

Higienizador para mãos e pés fitoterápico

- Soro fisiológico 0,9%
- 5 gotas de óleo essencial de copaíba
- 5 gotas de óleo essencial de lavanda

Preparar a quantidade para o atendimento imediato. Não armazenar o produto.

Para o cliente: pode ser preparado uma quantidade de produto para 7 dias. Conservar em geladeira.

Psoríase Ungueal

➤ **Orientações**

- Por se tratar de uma região já predisposta ao ressecamento, devido à falta de hidratação natural da pele, os pés com psoríase precisam de muita hidratação os outros cuidados para o controle e tratamento das lesões.
- Hidratar a pele todos os dias, principalmente no clima mais frio;
- Não tomar banhos longos e quentes, pois pode agravar as lesões;
- Evitar o uso de dermocosméticos com parabenos e substâncias irritantes;
- Invista em ativos calmantes, como a água termal, para amenizar a coceira e o surgimento de manchas vermelhas;
- O sol é um grande aliado: 15 minutos de exposição diária é suficiente para usufruir dos benefícios da vitamina D e controlar as lesões da psoríase.

Tungíase

A tungíase é uma dermatose infecciosa, causada pela fêmea ectoparasita tunga penetrans. É popularmente conhecido como bicho de pé. É mais comum em regiões rurais, onde se faz a criação de porcos. É uma pulga que tem como hospedeiro o porco e o homem.

O bicho de pé ou Tunga Penetrans é frequentemente encontrado em solos quentes, secos e arenosos.

A fêmea grávida do parasita penetra a epiderme do hospedeiro, começa a sugar o sangue e produz ovos que posteriormente, serão eliminados no solo. A contaminação ocorre quando o paciente pisa neste solo sem proteção nos seus pés.

Nome científico: Tunga penetrans

Classificação superior: Tunga

Classificação: Espécie

Ordem: Siphonaptera

Classe: Insecta

Filo: Arthropoda



Pulga Tunga Penetrans



Bolsa de ovos

Tungíase

Sinais e Sintomas

Lesão circunscrita, elevada, amarelada com um ponto preto central, que é o intestino da pulga. As áreas mais afetadas dos pés, geralmente é plantar e ao redor das unhas.

Podem causar:

- Prurido intenso (coceira)
- Dor
- Exsudação

Também pode ocorrer infecção secundária. As lesões da tungíase se tornam uma porta aberta para entrada de outros microorganismos como bactérias e fungos. Outras complicações incluem a perda da lamina ungueal, deformidades do leito ungueal entre outros.



Tungíase

A retirada da Tunga deve ser realizada com extremo cuidado para não romper a bolsa com ovos. Após a retirada, proceda a higiene local e protocolos para cicatrização e regeneração tecidual.

Fitoterapia: óleos essenciais de cravo, melaleuca
1 gota de cada na lesão e curativo oclusivo

Fototerapia: regeneração tecidual e Cicatrização

Luz Infravermelha: analgesia por 2 minutos no local

Luz azul: bactericida, fungicida e virucida por 40 segundos local

Luz Vermelha: regeneração tecidual por 2 minutos local

Proceda 2x por semana até a completa regeneração.

Eletroterapia: cicatrização

Aplicar a alta frequência por 8 minutos com o eletrodo faiscador direto. Proceda 2x por semana até a cicatrização total.



Tínea Pedis

A tínea pedis ou pé de atleta é uma dermatofitose, conhecida vulgarmente como frieira, é uma infecção nos pés. É considerada uma doença causada por fungos chamados dermatófitos. Estes fungos alimentam-se de queratina e se localizam na pele, no pelo e nas unhas. Eles podem ser transmitidos diretamente (de homem para homem, de animal para homem e da terra para o homem) e também indiretamente, por meio de materiais contaminados com escamas de pele parasitadas. Essas escamas podem causar infecção por até 15 dias quando em um meio ambiente a 26°C. As fontes de infecção podem ser, o homem, os animais e o solo.

A tineia pedis pode acometer qualquer região dos pés. A mais comum é a tineia interdigital que acomete os espaços entre os dedos. A tineia interdigital pode ocorrer entre os dedos porque não há espaço entre os dedos e acabam ficando úmidos por um longo período de tempo.

A tineia pedis é específica dos pés, mas temos outros tipos de tineas que são classificadas de acordo com o local acometido. Por exemplo: tineia capitis (tinea que afeta o couro cabeludo – cabeça), a tineia corporis que afeta qualquer região do corpo e a tineia cruris que acomete as regiões da genital.

Tínea Pedis

Estas infecções são mais comuns em países de clima quente e úmido, sendo que os de clima tropical e subtropical são os mais afetados.

Fatores Pré disponentes

- Meias e sapatos úmidos favorecem o crescimento desses organismos nos pés.
- Meias sintéticas e sapatos de plásticos.
- Nos banheiros e duchas públicos ou em outras áreas úmidas, onde as pessoas infectadas andam descalças.
- Pessoas que usam sapatos apertados e de material sintético;



Tínea Pedis

Sinais e Sintomas

- Podem surgir fissuras
- Pele avermelhada que se descama
- Pequenas bolhas em um formato esbranquiçado na pele com leves tons cinza
- Pode apresentar prurido, coceira.
- A pele da sola pode ficar mais espessa e sem turgor.
- Pode aparecer de forma aguda representada por vesículas bastante pruriginosas (com muita coceira) na região plantar ou de forma crônica como descamação fina sem muita sintomatologia, só a coceira.



A pele fica em estado de acidose, ou seja, completamente seca, sem elasticidade, com facilidade para formação de lesões lineares (fissuras).



Também pode apresentar vesículas e muito eritema local. Nos dois casos, a coceira prevalece como sintoma comum.

Tínea Pedis

Diagnóstico

O médico pode solicitar exames específicos (micológicos) para detectar a presença de fungos na pele. O diagnóstico de tinea pedis é geralmente evidente aos médicos com base nos sintomas e na aparência da área afetada. Se o diagnóstico não for óbvio, os médicos fazem uma raspagem de pele e a examinam ao microscópio. É importante salientar que o diagnóstico é fundamental para o tratamento, pois existem outras doenças que apresentam o mesmo quadro clínico.

Os profissionais de podologia não podem realizar diagnóstico e nem prescrever medicação para tratamento. Por isso é fundamental a colaboração do cliente para investigar as possíveis causas da doença. O podólogo colhe os dados, registra a história pregressa, identifica os sinais e sintomas, orienta o cliente com os cuidados diários e pode realizar conduta terapêutica para aliviar os sintomas. A indicação de tratamentos podológicos podem ser muito satisfatórios dentro do limite de atuação porque auxiliam no tratamento médico e aceleram o aspecto de melhora, principalmente dos sintomas, o que incentiva o cliente a aderir ao tratamento completo.

Tratamentos médicos:

Medicamentos antimicóticos aplicados na pele (uso tópico) ou via oral são os mais indicados pelos dermatologistas. Mas como a ação é a longo prazo, o cliente tem a sensação de que não faz efeito e acaba desistindo no meio do tratamento.

Tínea Pedis

Conduta podológica

Podemos indicar como tratamento podológico os protocolos fitoterápicos, fototerapia e eletroterapia. Além disso, podemos aliviar os sintomas com práticas podológicas que regulam o pH da pele e mantem a hidratação natural, evitando ressecamentos e lesões lineares (fissuras). Manter a elasticidade da pele auxilia na diminuição da coceira causada pelo ressecamento.



Fototerapia: efeitos bactericida, fungicida e virucida.

Aplica-se azul de metileno no local e oclui com papel alumínio por 10 minutos. Retira-se o papel e aplica a fototerapia com caneta se for num ponto localizado ou utiliza-se o cluster para áreas maiores.

- Luz Azul: aplica-se 40 segundos para efeitos bactericida
- Luz Vermelha: aplica-se 2 a 4 minutos para tinea pedis e interdigital.



Eletroterapia: efeitos bactericida, fungicida e virucida.

Com eletrodo rabo de baleia, aplica-se 5 minutos no local (tineas interdigitais)

Com eletrodo cebolinha, aplica-se 8 minutos para áreas maiores.

Tínea Pedis

Fitoterapia: antifúngicos e cicatrização

ANEX: blend de óleos essenciais para cicatrização

Copaíba, melaleuca ou cravo: 1 gota local antifúngico



Blend (Sinergia) para Tinea Pedis

10 grs de creme base neutro

5 gotas de AGE

5 gotas de óleo essencial de melaleuca

2 gotas de óleo essencial de cravo

1 gota de óleo essencial de copaíba.

Aplique a sinergia nos pés e oclua com botas descartáveis.

Massageie os pés e limpe o excesso com papel toalha descartável.

Para tinea interdigital, aplique o óleo essencial diretamente. 1 gota de óleo essencial de melaleuca, ou 1 gota de anex (blend de óleos) no local.

Tínea Pedis

Orientações ao cliente

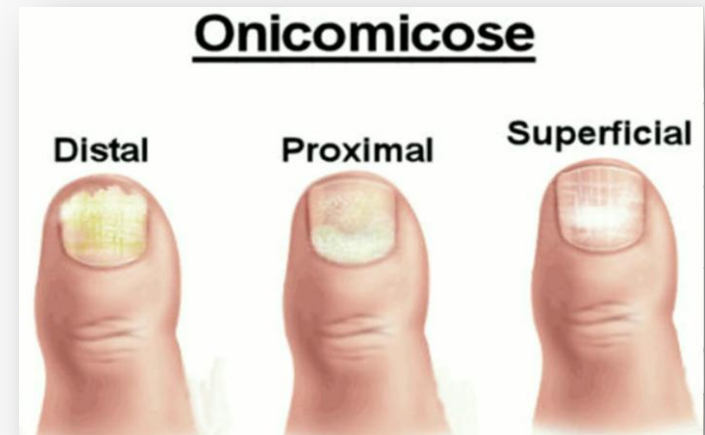
- Reduzir a umidade nos pés e nos calçados ajudam a prevenir a reincidência.
- É importante usar sapatos com abertura nos dedos ou sapatos com tecido com livre circulação de ar.
- Trocar as meias com frequência, principalmente durante as estações mais quentes.
- Optar por meias de algodão ou meias esportistas que são 70% algodão e 30% poliéster (secam mais rápido).
- Secar bem os espaços entre os dedos do pé com gaze, algodão ou lenço de papel após o banho.
- Utilizar uma toalha de banho somente para os pés, pois os fungos podem acometer outras partes do corpo.
- Cuidado com a higiene para não se contaminar em banheiros públicos, balneários, piscinas públicas e de academia usando roupas ou sapatos adequados.
- Descontaminar os sapatos e as meias para evitar recidiva ou reinfecção.
- Higienizar meias, calçados, toalhas de banho, box do banheiro com lisoform e água sanitária.
- Utilizar luvas quando for hidratar os pés, pois os fungos podem se instalar nas mãos também.

Onicomicose

É uma infecção causada por fungos dermatófitos, que se alimentam da queratina, proteína que forma a maior parte das unhas. As unhas dos pés são as mais afetadas por enfrentarem ambientes úmidos, escuros e quentes com maior frequência do que as unhas das mãos. Esse ambiente é considerado ideal para o crescimento dos fungos.

As unhas podem ser acometidas parcialmente ou totalmente. Geralmente, o fungo instala-se nas partes distais, bordas livres da unha (distal e lateral), proliferando e acometendo o restante do leito ungueal.

Os sinais ungueais da onicomicose podem ser confundidos com outras lesões. Por isso é importante o diagnóstico médico. Quando a lamina ungueal é acometida por fungos apresenta uma coloração amarelada, esbranquiçada ou esverdeada. As micoses superficiais de unhas podem apresentar coloração esbranquiçada e só acometem as primeiras camadas de queratina.



A onicomicose também apresenta o espessamento, é quando as unhas ficam mais duras, grossas e, geralmente, também escurecidas, causando dor, desconforto e alterando o formato da unha com hipercurvaturas transversas (unha em funil). As unhas também ficam bastante quebradiças, com maceração presente no leito ungueal e com odor fétido. Essa maceração é uma massa de queratina apodrecida que deve ser removida para manter a higiene no local.

Onicomicose

Fatores Pré disponentes

- Descolamentos da borda livre da lamina ungueal
- Uso excessivo de esmaltes
- Uso de calçados fechados com pouca circulação de ar
- Hipercurvaturas transversas da unha
- Falta de higiene dos pés, das meias e dos calçados



OBS: muitos exames micológicos apresentam o fungo *cândida albicans*, ou candidíase. Isso significa que a causa para a onicomicose pode ter sido o hábito de urinar no momento do banho.



Onicomicose

Tratamentos

Os tratamentos podem ser de uso tópico, sob a forma de cremes, soluções ou esmaltes. Em caso de acometimentos superiores a 30% de uma unha, ou de várias unhas ao mesmo tempo, é necessário também o tratamento via oral.

A duração é, em média, de seis meses, podendo chegar a um ano, pois depende do crescimento das unhas, que é lento. A persistência é fundamental para o sucesso.

O tratamento deve ser prescrito por um dermatologista. Nunca se deve partir para a automedicação, pois ela pode mascarar os sintomas.

Importante: não interromper o tratamento antes do tempo recomendado pelo dermatologista, mesmo achando que a unha melhorou, pois a infecção pode ainda estar presente.

Antes



Depois



Onicomicose

Conduta Podológica

Nas onicomicoses realiza-se a podoprofilaxia. As laminas ficam espessas, com maceração, sendo necessário a brocagem e a limpeza com bisturi.

Realizar a onicotomia de toda a parte da lamina com descolamento, retirar a maceração com bisturi e brocar as laminas mais espessas.



Onicomicose

Fitoterapia: uso de óleos essenciais antifúngicos

- Óleo de melaleuca
- Óleo de Cravo

Blends antifúngicos: homeofree, onicoblend, onicoplus, onicorepair.

Uso diário.

Fototerapia: fungicida

Aplica-se azul de metileno 0,010% nas laminas e oclui com papel alumínio por 10 minutos.

Luz Azul: 40 segundos

Luz vermelha: 2 minutos.

Proceda o protocolo 1x por semana.

Eletroterapia: fungicida

Aplica-se a alta frequência com eletrodo faiscador direito por 8 minutos. Proceda o protocolo 2x por semana



Verruga Plantar

Verrugas plantares que também são conhecidas como olho de peixe estão localizadas na sola - ou na superfície *plantar* - do pé. Embora nas mãos e em outras partes do corpo possam ter uma grande variação na aparência, as verrugas plantares têm uma aparência mais consistente, elas são geralmente redondas e podem ser confundidas com um calo.

São causadas pelo papilomavírus humano (HPV), o vírus ataca a pele na parte inferior dos pés. O HPV prospera em lugares quentes e úmidos, como pisos de vestiários e ao redor de piscinas. Essas pequenas poças na superfície das telhas da piscina são um terreno fértil para o HPV. O vírus é transmitido por contato direto e pode ser captado mais facilmente se você tiver uma abertura ou rachadura na pele.



As verrugas plantares podem ser extremamente dolorosas, um dos primeiros sintomas que você pode notar é dor ou sensibilidade ao pressionar o pé durante a caminhada. Uma vez que a verruga se formou você verá uma mancha plana circular na pele com uma área deprimida no meio, ela pode aparecer amarelada, com uma crosta, ou até mesmo ter uma mancha preta no meio.

Verruga Plantar

Verrugas X Calos

Verruga

- Interrompe as linhas da pele;
- Pequenos pontos circunscritos e elevados preto (suprimento de sangue capilar);
- Doloroso quando pressionado de um lado para o outro;
- Lesão esbranquiçada com bordas irregulares;
- Podem surgir em qualquer ponto da região plantar



Calo

- Linha de pele contínua através da pele dura e morta (camada de hiperqueratose);
- Sem pontos, sem suprimento de sangue;
- Doloroso quando pressionado diretamente;
- Lesão amarelada, endurecida, circunscrita com bordas delimitadas;
- Pele ao redor sem turgor (inelástica);
- Pode apresentar um núcleo (camada de queratina em forma de cone).
- Podem surgir em pontos de hiperpressão e atritos.

Verruga Plantar

Práticas Podológicas

Se a lesão apresentar uma camada de hiperqueratose, deve-se proceder o desbaste com a lâmina 15 descartável. Evite aprofundar na lesão porque pode ocorrer o sangramento.

Desbaste apenas o necessário para visualizar os pontos pretos e a borda esbranquiçada. A lesão ficando visível, é possível iniciar os tratamentos podológicos dentro do nosso limite de atuação profissional.

Se a lesão não apresentar a camada de queratose, evite desbastes e lixamentos na lesão. Proceda apenas com a limpeza local com soro fisiológico e álcool 70%.

Conduta terapêutica para verruga plantar: fitoterapia, eletroterapia e fototerapia.



Verruga Plantar

Práticas Podológicas

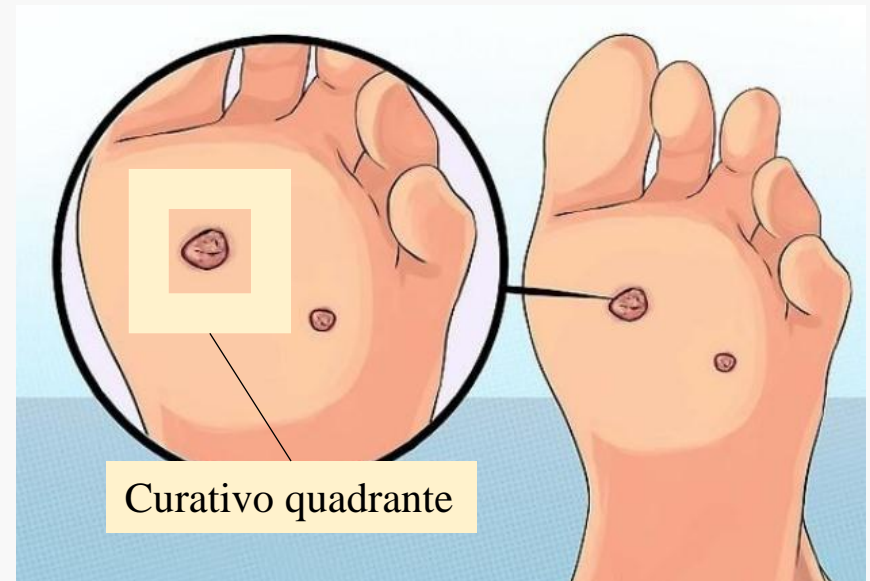


FITOTERAPIA: uso de óleos essenciais em tratamentos.

Os óleos indicados para tratamento de verrugas plantares são: **tomilho, cravo, melaleuca e tuia**. Seus compostos ativos naturais inibem a proliferação dos vírus e previnem a formação de novas verrugas em outras áreas da pele.

Protocolo Fitoterápico

- Faça o curativo quadrante ao redor da verruga com micropore para proteger a pele em torno da lesão.
- Com uma pipeta, aplique 2 gotas de óleo essencial diretamente sobre a lesão.
- Faça o curativo oclusivo com gaze de rayon (preferencialmente) e micropore. Oclusão de 48 hs.
- Aplique 2 vezes por semana.



Verruga Plantar

Práticas Podológicas



ELETROTHERAPIA: uso de alta frequência em tratamentos.

A alta frequência pode ser aplicada com o eletrodo faiscador direto por 8 minutos no local. A frequência semanal de 2 sessões, até perceber a regressão da lesão ou cauterização (formação do tecido cicatricial)



FOTOTERAPIA: uso de Laser e Led em tratamentos.

O laser e o led também podem ser utilizados no tratamento de verruga plantar. Aplique o azul de metileno no local e oclua com papel alumínio por 10 minutos. Retire o alumínio e aplique a luz azul por 40 segundos no local. Para finaliza, aplique a luz vermelha por 2 minutos. Proceda 2 sessões semanais até apresentar a regressão da lesão ou formação do tecido cicatricial.

Práticas Podológicas

Orientações

Para diagnóstico médico, procure um dermatologista. É o médico que pode solicitar e realizar os exames necessários para diagnosticar o HPV. A verruga plantar é visível e é uma lesão com hiperqueratose, por isso é necessário realizar o desbaste para identificar e tratar.

O podólogo pode realizar procedimentos apenas nas verrugas plantares, respeitando sempre o limite de atuação, e aplicando práticas integrativas e naturais como fitoterapia, fototerapia e eletroterapia.

Crioterapia, laser de alta intensidade, eletrocautério, cauterização química (ácidos), somente o dermatologista pode prescrever e realizar.

Hidroses

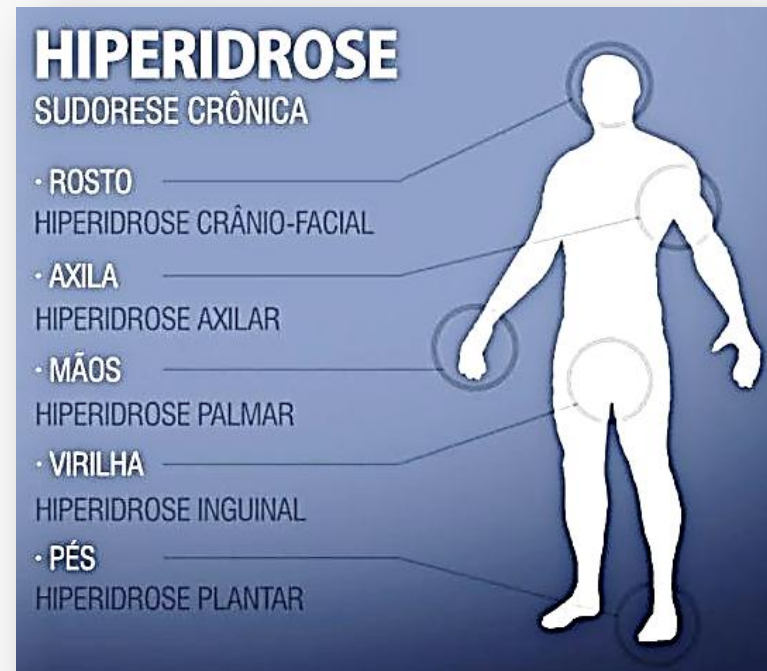
Hidrose: são as alterações na produção de suor do organismo. A palavra hidro deriva água (suor, transpiração), e “ose” é o sufixo que determina a degeneração ou patologia.

O suor produzido pelas nossas glândulas sudoríparas é necessário ao nosso organismo, pois é através dele que o nosso corpo consegue manter a temperatura constante, principalmente quando a temperatura do corpo se eleva por meio de atividades físicas ou sob altas temperaturas. Quando há alterações na produção de suor denominamos de hidrose.

Tipos de Hidroses Plantares

- Hiperhidrose – excesso de transpiração;
- Bromidrose – transpiração com mau cheiro;
- Anidrose – déficit de transpiração;
- Disidrose – aparecimento de erupções cutâneas

A hiperhidrose pode ocorrer no rosto, axila, virilha, mãos e pés.



Hidroses

Causas

As alterações das glândulas sudoríparas podem produzir suor em excesso ou não produzir suor. O suor em excesso é uma porta aberta de entrada para microorganismos como bactérias e fungos. O que pode causar a presença destas bactérias é o fator de que esse suor é excretado pelos folículos pilosos que excretam além da água e sais, restos celulares e do metabolismo. O que atrai as bactérias e fungos para fazer a decomposição destes restos celulares, basta encontrar ambiente favorável com pouca luz, calor e umidade. Nestes restos celulares podem conter resíduos alimentares, resíduos de medicamentos, e até certos hormônios que alteram o odor do suor

Protocolo Podológico

Controle de pH dos pés para equilibrar a acidez e alcalinidade da pele.

Hidratação dos pés com cremes umectantes ou parafinas para evitar a excreção da água. Os cremes umectantes e as parafinas formam um filme protetor e retém a água no corpo.



Hidroses

Orientações

É sempre importante ter acompanhamento médico para fazer o diagnóstico da hidrose. Fazer algumas observações para o momento da consulta também é importante, como por exemplo, identificar quando notou o aparecimento e por qual período se manifestou. Se utilizou algum produto de limpeza, luvas ou meias de tecido diferente do habitual.

- Lave o local com água e sabão e seque bem, principalmente entre os dedos dos pés.
- Troque as roupas com frequência.
- Dê preferência para roupas de algodão.
- Troque as meias diariamente, ou se houver suor excessivo, troque até 3 x por dia.
- Fazer higiene da parte interna dos calçados



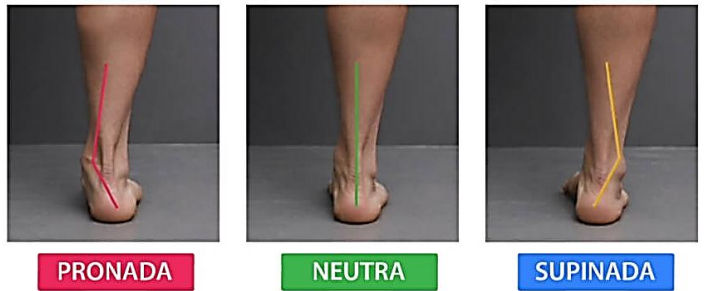
Calos

É uma lesão circunscrita, elevada, amarelada, inelástica composta por várias camadas espessas de pele, que podem ocorrer nas mãos ou nos pés, em pontos localizados de atrito repetitivo ou hiperpressão.

Calo é um ponto de atrito ou hiperpressão. Calosidade é uma região de atrito ou hiperpressão.

Os fatores que podem levar ao atrito e a hiperpressão local são:

- Calçados inadequados: tamanho inadequado, tipo de calçado e tecido (caixa estreita e couro rígido)
- Marcha alterada: marchas patológicas, pisada pronada ou supinada, má distribuição do peso na marcha
- Sobrepeso: o sobrepeso pode influenciar tanto na hiperpressão quanto a posição estática (posição em que o cliente fica quando está parado).
- Tipo de pés: cavo ou plano
- Trabalho: muito tempo em posição estática de pé.



Calos

Os calos são classificados e nomeados de acordo com sua região de formação. Temos então:

Calos plantares: todos os calos que se formam na região plantar e são nomeados de acordo com a estrutura que foi acometida: metatarso, calcâneo, arco, dedos (polpa digital) etc;

Calos dorsais: todos os calos que se formam no dorso do pés (parte de cima do pés). O mais comum é o dorsal dos dedos, principalmente pelos dedos em garra ou martelo que geram muito atrito nos calçados, mas também podem se formar no dorso do pé (o calo de Millet) que pode se formar devido o atrito do cadarço.

Calos interdigitais: todos os calos que se formam nas regiões interdigitais (entre os dedos). Por ser um local úmido podemos ter dois tipos de calos se formando nessa região: calos duros e moles.

Geralmente quando há muito atrito e hiperpressão constantes, pode formar um núcleo no calo. É uma camada de queratina muito espessa em forma de um cone que cresce invaginando a pele. Causa dor extrema no local e queimação dependendo da temperatura (muito calor).

Os calos podem ter quadro clínico agravado levando a duas situações: formação de higroma (líquido exsudativo – infecção no calo), ou lesões ulcerativas (mal perfurante plantar).

Calos

Condutas Podológicas

Podemos intervir na formação dos calos retirando a causa. Uma vez que já se formou, a conduta é a retirada. O desbaste é a técnica aplicada para retirada dos calos. Quando há presença de núcleos, procede a retirada com enucleadora e realiza a proteção local com curativo oclusivo.

Para tratamentos dos calos, podemos orientar apenas a mudança de hábitos de vida como adequação dos calçados, a **ortopodologia** aplicada com protetores, separadores e suportes plantares para a região afetada. O uso de palmilhas de conforto ou de suporte também podem ser uma boa opção para melhorar o quadro de espessamento do local.

Hidratação dos pés, controle de pH, visitas ao podólogo frequentes como orientação ao cliente para que o resultado seja satisfatório.

Calosidades

É uma lesão da pele circunscrita, inelástica, espessa, elevada e amarelada que ocorre devido ao atrito e hiperpressão de uma determinada área. As calosidades podem se formar em qualquer parte do corpo, sendo mais comum nos pés. São classificadas de acordo com a região de formação e dependendo dos fatores pré disponentes que podem favorecer a formação das calosidades, elas podem ter características peculiares, como por exemplo, a coloração amarelada pode ser esbranquiçada se estiver localizada em uma região interdigital. Pessoas com pele frágil ou má circulação nos pés (incluindo muitas pessoas com diabetes ou doença arterial periférica) devem consultar o seu profissional de saúde assim que calos ou calosidades começarem a se desenvolver.



As calosidades pode se formar em:

- Plantar: calcâneo, metatarsos, polpas digitais e região do mediope (pé plano).
- Interdigital: principalmente em regiões de atrito ósseo (falanges)
- Dorsal: em halux valgus, halux rígidos, dedos em garra, dedos em martelo, bordas distais (dedos)

Calosidades

Sintomas e sinais

- Pele espessa, áspera, amarelada
- Fissuras (lesões lineares)
- Dor ou sensibilidade da área afetada.
- Sem turgor



A hiperqueratose significa simplesmente o espessamento da pele. Este espessamento ocorre como um mecanismo de defesa natural que fortalece a pele em áreas de atrito ou uma pressão excessiva. As anatomias anormais dos pés, tais como dedo em garra, martelo ou outras deformidades dos pés podem levar à formação de calos (como ocorre no joanete). Calçados que são muito apertados, muito estreitos ou que exercem fricção em pontos específicos também podem causar espessamento da pele. Anormalidades na marcha ou movimentos que resultam em aumento da pressão para áreas específicas também podem ser a causa.

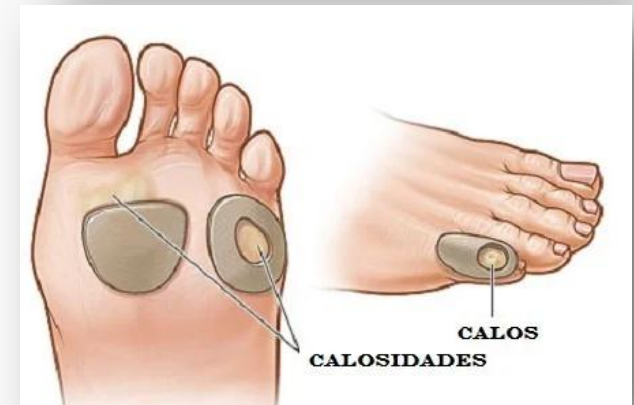
Calosidades

Conduta Podológica

Desbaste: a retirada da calosidade é muito importante para devolver a elasticidade da pele.

A ortopodologia é a ciência aliada do podólogo para corrigir e proteger as alterações nos pés. Protetores, separadores, suportes plantares, palmilhas de conforto e de impacto podem auxiliar afastar as causas da formação das calosidades. O atrito e a hiperpressão são reduzidos quando há proteção nas estruturas que são acometidas, como por exemplo, calcâneo, metatarsos, dedos entre outros.

Para auxiliar no controle da formação de queratina, podemos indicar protocolos de hidratação intensiva por algumas sessões. Spa dos pés e controle de pH são fundamentais para reduzir a formação de queratina e deixar a pele saudável. Se houver fissuras, proceda o protocolo citado neste livro.



Calosidades

Spa dos Pés (Calosidades)

- Após o desbaste, realize o controle de pH dos pés com soro fisiológico 0,9%
- Realize o esfregaço com gaze umedecida com soro para remover células mortas
- Aplique a esfoliação (ver sugestão blend)
- Aplique o creme de hidratação profunda (pode utilizar a sugestão blend)
- Deixe agir 20 minutos, ocluído com botas descartáveis.

Protocolo: 1x por semana

Blend Esfoliante

10 grs de esfoliante (gel ou creme)
1 colher de sal
5 gotas de óleo vegetal de semente de uva
2 gotas de óleo essencial de copaiba

Blend Hidratação

10 grs de creme de ureia (sugestão: homeopast)
5 gotas de óleo vegetal de semente de uva
2 gotas de óleo essencial de copaiba



Calosidades

Prevenção

Em muitas situações, as calosidades podem ser evitadas reduzindo ou eliminando as circunstâncias que conduzem a um aumento da pressão em pontos específicos sobre as mãos e os pés. Portanto, as medidas preventivas potenciais incluem:

- Sapatos confortáveis: com salto (3 cm) para distribuição adequada do peso corporal, tecido flexível e caixa larga para acomodar os dedos sem sobreposição.
- Uso de protetores e separadores: há diversos modelos no mercado. A indicação vai depender do tipo de calosidade que o cliente apresenta. O podólogo avalia as causas, localização da calosidades e qual dispositivo é mais adequado.
- Palmilhas com amortecimento para preencher absorver o impacto da marcha e aliviar a pressão mecânica.
- Hidratação diária com cremes umectantes e esfoliação 1x por semana para remoção das células mortas.
- Frequentar a podologia 1x por mês para a podoprofilaxia.

Fissuras

Conhecido popularmente como rachaduras, as fissuras são lesões lineares que podem surgir pela falta de elasticidade da pele levando ao rompimento. As lesões lineares ocorrem por vários fatores que podem contribuir para o agravamento da lesão.

A etiologia e os fatores pré disponentes são:

- Hereditariedade: alterações nas glândulas sudoríparas como a Anidrose e Disidrose.
- Obesidade: sobrecarga nos pés e má distribuição equilibrada do peso nos pés.
- Andar descalço: hiperpressão no calcâneo pois o pé firma-se de forma plana.
- Mudanças de clima: clima seco favorecem o ressecamento.
- Hidratação dos pés: a falta de hidratação nos pés deixam a pele mais espessa.
- Má alimentação e baixa ingestão hídrica
- Uso de medicamentos: uso contínuo
- Doenças sistêmicas e/ou metabólicas: diabetes, hipertensão, dislipidemias
- Drogadição: tabagismo e alcoolismo
- Rotina diária: trabalho em pé, caminhadas, prática de esportes, uso de calçados inadequados etc.

Fissuras

Quadro Clínico

A pele se apresenta seca, com viços esbranquiçados, espessa, amarelada, com vincos lineares, sem turgor e com aspereza. Pode evoluir e as lesões lineares se abrirem, formando vincos mais escurecidos.

Causam desconfortos físicos e estéticos. O cliente refere queimação local, dores ao caminhar com determinados calçados e sensação de pés rígidos.

Dependendo da gravidade da lesão, podem sangrar e formar descamação local.

Em alguns casos, pode haver a formação de hiperqueratose nas fendas, o que provoca maior desconforto e risco de sangramentos.

Com relação a estética, o grupo que mais relata desconforto é o feminino.



Fissuras

Conduta Podológica

Ao analisar as fissuras (Rachaduras), o podólogo por sua vez efetuara o tratamento cabível da região lesionada. É importante identificar a causa para o tratamento ser satisfatório.

O Podólogo pode tratar as fissuras com protocolos podológicos simples e acessível.

O controle de pH e desbaste de queratoses já fazem muita diferença no quadro clínico das fissuras. Como é uma lesão, não basta apenas hidratar, é preciso regenerar o tecido que foi rompido. Por isso, indicamos pomadas de hidratação e regeneração profunda para os casos mais leves. Já para os casos mais graves, procede-se tratamentos integrativos como eletroterapia e fototerapia.

Protocolo de Lesões Lineares (Hidratação Profunda)

Desbaste de hiperqueratose nas fendas das fissuras

Controle de pH para acidose (5 minutos com soro fisiológico em bandagem)

Aplicação de pomada a base de lanolina e ureia para regeneração.



Se a fissura apresentar sangramentos, proceda o curativo com pomada de visserex para cicatrização.

Fissuras

Fototerapia: regeneração celular e cicatrização

- Luz Azul: aplica-se 40 segundos para efeitos bactericida (Com Cluster)
- Luz Vermelha: aplica-se 2 minutos no local (Com Cluster)

Proceda 2x por semana até a completa regeneração.

Eletroterapia: regeneração celular e cicatrização

Aplica-se a alta frequência com eletrodo faiscador direto por 8 minutos no local da lesão, e depois aplica-se 5 minutos com eletrodo cebolinha. Proceda 2x por semana até a regeneração completa.

Spa dos pés (Hidratação Profunda)

10 grs de pomada de hidratação profunda ou

10 grs de creme base neutro

4 gotas de AGE

4 gotas de óleo de copaíba

Aplicar e deixar ocluído em bota descartável por 20 minutos.

Massageie e retire o excesso com papel toalha descartável.

- Manter-se hidratado
- Evitar lixar os pés somente esfoliar
- Usar palmilhas confortáveis
- Evitar banhos muito quente
- Usar calçados confortáveis
- Não andar descalço
- Ir ao podólogo com frequência

L.U.P.I. – Lesões Ulcerativas Plantar e Interdigital

A úlcera plantar ou úlcera do pé pode se apresentar como uma ferida que atinge apenas uma camada da pele ou como uma lesão que afeta as partes mais profundas da derme, atingindo, também, tendões e ossos do pé. Esse problema é mais comum em pessoas que apresenta alterações vasculares como trombozes, diabetes, hipertensão, hanseníase entre outros.

Quando a úlcera plantar não é tratada no estágio inicial, existe o risco de uma infecção grave, resultando em osteomielite e necrose. Cerca de 85% dos casos de amputações de pés de pessoas diabéticas ocorrem devido à úlcera plantar não curada.



As lesões ulcerativas podem ocorrer na região plantar, principalmente em pontos de atrito e hiperpressão óssea. Uma estrutura óssea pressiona os tecidos moles e acaba rompendo-o. Também podem ocorrer nas regiões dos interdígitos, mas estes podem ter etiologias diferentes. Além de estruturas ósseas que podem pressionar os tecidos moles (atrito entre falanges), também temos patologias como a tinea pedis e helomas que podem se agravar e se transformar em lesões ulcerativas.

L.U.P.I. – Lesões Ulcerativas Plantar e Interdigital

Etiologia e fatores pré disponentes

O que mais prevalece na formação das úlceras plantares é a perda de sensibilidade protetora ou anestesia completa no território do nervo tibial posterior. A maioria dos casos ocorrem porque o cliente não sentiu a lesão se formando e se agravando.

Outros fatores também influenciam seu surgimento em diferentes graus. São estes: paralisia da musculatura intrínseca dos dedos, perda do coxim adiposo dos metatarsos, pele anidrótica (ausência de suor) e perda do volume dos músculos intrínsecos que servem como proteção para a face plantar do pé.

Lesão Ulcerativa em clientes com diabetes = Pé diabético

Lesão Ulcerativa em clientes com alterações ósseas que perfuram o tecido mole = Mal perfurante Plantar

Até 30 dias da formação da lesão: é considerado uma ulceração (processo de formação de uma úlcera.

Mais de 30 dias de formação da lesão: é considerado uma úlcera ou lesão ulcerativa.

L.U.P.I. – Lesões Ulcerativas Plantar e Interdigital

Sinais e Sintomas da úlcera plantar e interdigital

É uma lesão que apresenta perda tecidual, avermelhada, profunda, bordas irregulares, com ou sem presença de exsudato, que pode evoluir para infecções mais graves como a osteomielite (infecção óssea)

Como a maioria das lesões ulcerativas são assintomáticas devido a perda da sensibilidade, o cliente geralmente refere apenas incomodo ao caminhar, desconforto com uso de calçados e ardência por causa do quadro clínico de inflamação. Apresenta eritema e calor numa região mais ampla da lesão.



L.U.P.I. – Lesões Ulcerativas Plantar e Interdigital

Diagnóstico e tratamento da úlcera plantar e interdigital

No exame clínico, o médico tem condições de confirmar se é ou não uma lesão ulcerativa avaliando o histórico do paciente e as características da ferida. Para o paciente que não apresenta problemas de circulação, o tratamento consiste na remoção do tecido da área afetada e, se houver sinais de infecção, medicação antibiótica. A limpeza superficial da lesão ulcerativa é um tratamento denominado desbridamento, realizado no consultório médico. A cicatrização leva, em média, três meses, desde que o paciente faça o tratamento completo e cuide muito bem da higiene dos pés para evitar infecções.

Somente o médico pode avaliar, diagnosticar, prescrever, tratar as lesões ulcerativas.

O papel do podólogo é de orientar e acompanhar o tratamento médico com condutas profiláticas de higiene dos pés, calçados, meias e até mesmo um suporte emocional para incentivar-lo a seguir o tratamento.

Nenhuma intervenção podológica pode ser feita sem PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Há médicos que recomendam a podologia como aliada do tratamento. O podólogo faz apenas o corte das lâminas para mantê-las limpas e sem infecção e higienização dos pés com soro fisiológico e hidratação cutânea para evitar ressecamentos.

Terapias integrativas como fototerapia, eletroterapia e fitoterapia só podem ser realizadas com a prescrição médica.

Onicofose

Refere-se a uma produção excessiva de queratina nos sulcos ungueais. Uma calosidade que se forma na prega periungueal e muitas vezes é confundido com espícula. É uma lesão extremamente dolorosa, com um quadro clínico de sinais inflamatórios e infecciosos quando há um agravamento. É uma pele endurecida, amarelada que se forma desde o leito ungueal até a borda periungueal e muitas vezes tem aspecto emborrachado. Pode se formar em qualquer ponto do sulco lateral.

Existem vários fatores que podem contribuir para esse espessamento dos sulcos mas a causa principal de formação de queratose é o atrito e hiperpressão local. Podemos incluir os fatores biológicos como os fungos, fatores genéticos e fatores relacionados aos hábitos e processo de envelhecimento.



A lamina com hipercurvatura transversa se apoia no leito ungueal e pressionando os sulcos laterais ao caminhar. Além disso, as bordas ungueais muito altas tendem a se aproximar mais das lamina, diminuindo o espaço da leitura de crescimento da unha e favorecendo o atrito entre a unha e o sulco lateral.

Na verdade, essa formação de queratina acaba se tornando uma defesa do próprio organismo contra o atrito e a hiperpressão, mas em contrapartida, temos uma produção de pele espessa que incomoda muito e interfere nas atividades diárias.

Onicofose

Fatores pré disponentes

- Corte incorreto das unhas;
- Calçados inadequados (caixa estreita)
- Meias apertadas ou com costura (atrito local)
- Sobreposição dos dedos (atrito entre as estruturas)
- Retirada em excesso de cutículas (espessamento periungueal)
- Unhas com hipercurvaturas (unha em funil, em telha, em gancho)
- Espessamento das unhas (onicoesclerodermias, onicomicoses, onicogrifoses)



Observe o espaço entre o sulco e a unha. Este espaço favorece a formação de onicofoses.

Quadro Clínico

- Incomodo e dor
- Em casos mais graves pode inflamar e infeccionar

Onicofose

Conduta Podológica

A retirada de onicofose com desbaste e deslaminação são as técnicas mais indicadas para o alívio das dores.



Quando a lamina apresenta hipercurvatura ou a borda lateral é muito alta, diminuindo o espaço para desbaste da onicofose, realiza-se a deslaminação, que é a retirada de uma fina camada da lamina para abrir espaço para o desbaste da pele. A deslaminação é parecida com a técnica de espiculaectomia. O que difere entre elas é que a deslaminação é um corte conservador para retirar o espessamento da unha e a espiculaectomia é o corte diagonal para retirada de espícula.

O desbaste da onicofose deve ser realizado com um bisturi 208 ou 209, dependendo do espaço para realizar o giro e o arraste.



Onicofose

Conduta Terapeutica

- Anteparos: o uso de anteparos para proteger e preencher os sulcos ungueais.
- Órteses: o uso da órtese como tratamento da correção da curvatura da unha para evitar o atrito.
- Esparadrapagem: a técnica auxilia na abertura dos sulcos e libera espaço para o crescimento da unha.
- Hidratação: uso diário de óleos ou emolientes . Sugestão: óleo AGE diário.



Muitas vezes, a indicação de todas as terapias integradas e a retirada da causa é a forma mais eficaz de tratar e prevenir a onicofose.

Hematoma Subungueal

É quando ocorre um acúmulo de sangue embaixo da região ungueal, após ter sofrido um trauma. Seja uma pisada, pancada, ou calçados. Os vasos capilares que estão debaixo da unha se rompem, formando um coágulo que causa uma dor intensa (devido a pressão do sangue) e a queda da unha. A região que mais fica dolorida é geralmente a matriz, mas nem todos os traumas formam hematomas. Alguns deixam a unha branca e ela acaba descolando e caindo.

Para os atletas, principalmente os corredores de fundo, é algo normal perder a unha ou ter mais do que uma delas da cor preta. No geral, as unhas começam a ficar pretas e caem antes de dar lugar à uma nova. Os esportistas que treinam para provas de longas distâncias são as principais vítimas deste traumatismo, pois seus dedos sempre estão em contato direto com a parte da frente do calçado por muito tempo. Treinar por um percurso pendente também pode ajudar no desenvolvimento desta lesão de pele. Além do atrito de calçados, podem gerar o trauma uma pisada, ou pancada por algum objeto pesado.



Hematoma Subungueal

Sinais e Sintomas

O hematoma subungueal é diferente de uma mancha preta, pois não compromete toda a unha. O hematoma, normalmente, é absorvido pelo organismo e vai subindo conforme o crescimento da unha, até desaparecer completamente. No caso de unhas descoladas (uma parte aderida e outra solta), jamais deve ser arrancado, pois deixará exposto o hematoma ungueal, podendo inflamar e até agravar para infecções, além de que a unha possui uma pele muito fina e sensível. A unha solta pode ser considerada um curativo natural e só deve ser arrancada após nascer uma nova ou quando estiver cicatrizado.

- Mancha escura (roxo, rubro, preto) – sangue coagulando
- Dor intensa
- Edema local (devido ao trauma)
- Eritema no entorno.

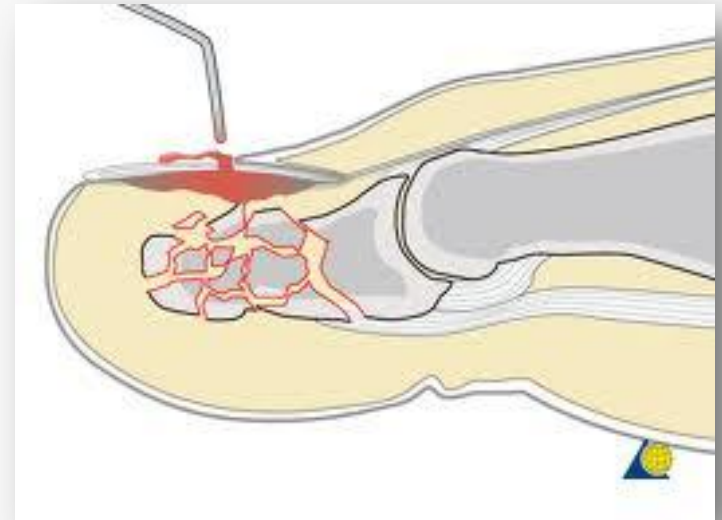


Hematoma Subungueal

- O procedimento podológico, é identificar se realmente foi um trauma, e se não é uma mancha, realizar a profilaxia, não arrancar a lâmina, drenar o sangue caso necessário para o alívio de dores.
- Em caso de pancada, indicar que procure um médico para descartar fratura.
- Orientar que mantenha o local limpo.

- Aplique protocolo de analgesia (Fitoterapia, fototerapia ou eletroterapia)
- Com uma broca palito P faça um pequeno furo para drenar o sangue.
- Realize curativo oclusivo com fibra de alginato para evitar exsudação.

O gelo é uma excelente opção para analgesia.
Crioterapia é o nome da técnica de utilização de gelo como terapia.



Onicocriptose

Conceito

Onicocriptose popularmente conhecido como unha encravada é quando a borda da unha entra na pele do dedo. Também pode ser caracterizada por um espícula (ponta de unha), penetra o tecido da borda periungueal ou borda distal do leito ungueal, causando um quadro clínico característico de inflamação e infecção. São divididos em alguns níveis sendo eles:

Grau 1 – Lesão pequena com um quadro de desconforto, dor, rubor e calor local.

Grau 2 – Lesão com presença de granuloma telangiectásico (pequeno ou grande) com quadro clínico de inflamação;

Grau 3 – Lesão com presença de granuloma piogênico (pequeno ou grande) com quadro clínico de inflamação e infecção. Apresenta inchaço acentuado, infecções secundárias com presença de sangue e pus (exsudatos).

Etiologia e fatores pré-disponentes

- Congênita
- Traumas como tropeções e queda de objetos.
- Calçados apertados
- Corte incorreto da Lamina Ungueal
- Sobreposição de Dedos
- Marcha incorreta



Onicocriptose

Quadro Clínico

- Dor
- Eritema
- Edema
- Inflamação (rubor e calor local)
- Podendo ate infeccionar e causar granuloma piogênico (formação de exsudato purulento)



Onicocriptose

Conduta Podológica

- Higienizar a área afetada com soro fisiológico 0,9%
- Realizar um pique distal com alicate de corte o mais próximo que conseguir da borda distal (se houver granuloma, faça o pique mais distante)
- Com bisturi 214 ou lamina 15 realize a deslaminação (um corte diagonal evitando deixar degrau) e gire o bisturi para levantar a espícula.
- A retirada da espícula pode ser feita com o próprio giro do bisturi ou com a técnica de pinçamento com a Mathieu.



Observação: Grau 3 – O médico indica a técnica cirúrgica de Cantoplastia quando ha presença de glanuloma piogênico e com história pregressa de recidiva.

Nos casos Grau 2 e 3 também podem ser prescritos medicamentos antiinflamatórios e antibióticos para regredir a infecção. Quem prescreve é o médico. Caso seu cliente apresente um quadro mais complexo de infecção, solicite que vá ao médico e retorne em 7 dias após a terapêutica médica para realizar a espiculaectomia.

Onicocriptose

Tratamentos

Alguns tratamentos recomendáveis são:

- Uso de anteparo para proteger a borda periungueal do atrito da lâmina durante o crescimento. Auxilia na leitura de crescimento correta da lamina sobre o leito ungueal.
- Esparadrapagem: para criar um espaço de crescimento e preservar o leito ungueal inibindo a retração e evitando que a lamina se torne involuta.
- Pode haver a necessidade do uso de órtese para corrigir a hipercurvatura transversa. Se houver um formato com hipercurvatura, indica-se a órtese para correção.



Órteses para correção da unha.



Onicocriptose

Tratamentos

Para inflamações, infecções e dor podemos indicar algumas terapêuticas, tais como:

Fototerapia: para analgesia, hemostasia, regeneração celular e cicatrização

- Luz Infravermelha: aplica-se 2 minutos no local para aliviar a dor (analgesia)
- Luz Azul: aplica-se 40 segundos para efeitos bactericida
- Luz Vermelha: aplica-se 2 minutos para cicatrização

Eletroterapia: para analgesias, hemostasias, regeneração celular e cicatrização

Com eletrodo faiscador direto, aplica-se 5 minutos no local (hemostasia e analgesia)

Com eletrodo cachimbo grande, aplica-se 8 minutos para regeneração e cicatrização.

Fitoterapia: para hemostasia, analgesia e cicatrização

ANEX: blend de óleos essenciais para analgesia e hemostasia (aplicar 1 gota local)

Copaíba, melaleuca ou cravo: 1 gota local para cicatrização

Observação: no curativo oclusivo colocar um quadrante de fibra de alginato + 1 gota de AGE + 1 gota de óleo essencial

Onicocriptose



Fototerapia (Laser e Led)



Eletroterapia (Alta Frequência)



Observação: no curativo oclusivo colocar um quadrante de fibra de alginato + 1 gota de AGE + 1 gota de óleo essencial

Nevo Pigmentar

Lesão comum de pele pigmentada, que geralmente se desenvolve durante a vida adulta. A maioria das pessoas desenvolve várias pintas (nevos) durante a vida adulta. As pintas podem ser encontradas em qualquer parte do corpo, geralmente em áreas expostas ao sol, e costumam ser marrons, lisas e ligeiramente salientes.

Na maioria dos casos, um nevo é benigno e não requer tratamento. Raramente, transformam-se em melanoma ou outros tipos de câncer de pele. Um nevo que muda de forma, cresce ou escurece deve ser avaliado para remoção.

Frequentemente, os nevos atípicos são maiores que outros nevos (> 6 mm de diâmetro), arredondados (ao contrário de muitos melanomas), mas com bordas indistintas e discreta assimetria.

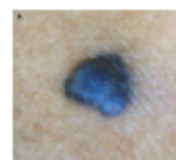
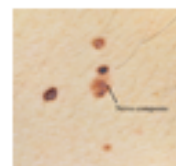
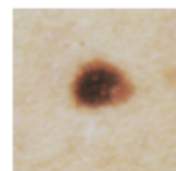
Em comparação, melanomas têm maior irregularidade nas cores e podem ter áreas que são vermelhas, azuis, esbranquiçadas ou despigmentadas com uma aparência de cicatriz.



Nevo Pigmentar

Classificação dos nevos

Tipo	Características clínicas	Histologia
Nevo juncional	Marrom-claro até quase negro Em geral, aplanado, mas pode ser ligeiramente elevado; 1–10 mm	Ninhos de melanócitos na junção dermoepidérmica
Nevo composto	Marrom-claro a escuro Pode ser discretamente ou muito elevado; 3 – 6mm	Ninhos de <u>melanócitos</u> na junção <u>dermoepidérmica</u> e na derme
Nevo intradérmico	Cor da pele a marrom; pode ser liso, piloso ou verrucoso; elevado; 3 a 6 mm Elevado; 3–6 mm	Melanócitos e células névicas confinadas quase inteiramente na derme
Nevo halo	Qualquer tipo de nevo circundado por um anel de 2 a 6 mm de pele despigmentada	A mesma que para outros nevos, mas com inflamação e perda de melanócitos no halo da pele
Nevo azul	Cinza-azulado Geralmente liso, mas pode ser ligeiramente elevado; 2 a 4 mm	<u>Melanócitos dendríticos</u> profundamente pigmentados e <u>melanófagos</u> dispersos na derme



Nevo Pigmentar

Diagnóstico

Biópsia

- Como os nevos são extremamente comuns e os melanomas incomuns, a remoção profilática não é justificada. Mas deve-se considerar avaliação histológica e por biópsia se os nevos tiverem determinadas características preocupantes (conhecidas como o ABCDE do melanoma).
- Se um nevo for doloroso, coçar, sangrar ou ulcerar, biópsia também pode ser considerada.
- A amostra da biópsia deve ser suficientemente profundo para um diagnóstico microscópico preciso e deve conter toda a lesão, especialmente se a suspeita de melanoma for muito forte. Entretanto, uma excisão extensa primária não deve ser o procedimento inicial, mesmo para lesões com grandes anormalidades.
- Muitas dessas lesões não são melanomas e, mesmo no caso de melanomas, a margem de tratamento adequada e a recomendação para amostragem do linfonodo são determinadas com base nas características histopatológicas.
- Biópsia excisional não aumenta a possibilidade de metástases, se a lesão for maligna, e evita cirurgia extensa em lesão benigna.

Nevo Pigmentar



A: Assimetria—aparência assimétrica

B: bordas — bordas irregulares (i.e., nem arredondadas nem ovais)

C: cor — variação das cores dentro do nevo, cores incomuns ou uma cor significativamente diferente ou mais escura do que outros nevos do paciente

D: diâmetro—> 6 mm

E: evolução — um novo nevo em um paciente > 30 anos ou um nevo em transformação

NORMAL			MALIGNA	
A		ASSIMETRIA SE A LESÃO FOR DIVIDIDA AO MEIO, AS METADES SÃO DIFERENTES		
B		BORDA (CONTORNOS) LESÕES DO MELANOMA TÊM, USUALMENTE, BORDAS IRREGULARES (BORRADAS), QUE DIFICULTAM A DEFINIÇÃO		
C		COR LESÕES QUE TÊM MAIS DE UMA COR (ENEGRECIDA, DIFERENTES TONS DE MARROM, AZUL) E/OU A DISTRIBUIÇÃO DE CORES DE FORMA NÃO HOMOGÊNEA PODEM SER SINAL DE MELANOMA		
D		DIÂMETRO AS LESÕES DO MELANOMA SÃO MAIORES QUE SEIS MILÍMETROS DE DIÂMETRO (APROXIMADAMENTE O TAMANHO DE UMA BORRACHA DE LÁPIS)		
E		EVOLUÇÃO A MUDANÇA DAS CARACTERÍSTICAS DE UMA PINTA É O MAIS IMPORTANTE SINAL DE TRANSFORMAÇÃO MALIGNA		

Nevo Pigmentar

Tratamento Médico

- Remoção por excisão ou raspagem quando desejado
- Excisão das lesões de alto risco
- A remoção profilática de todos os NAs não é eficaz na prevenção do melanoma e não é recomendada. Entretanto, nevos atípicos podem justificar a remoção para qualquer uma das condições a seguir:
 - Paciente com história de alto risco (p. ex., história pessoal ou familiar de melanoma).
 - Paciente não pode garantir acompanhamento atento.
 - O nevo tem achados dermatoscópicos de alto risco.
 - O nevo está em um local que dificulta ou torna impossível que o paciente monitore se há alterações na lesão.

Não há conduta podológica terapêutica.

O Podólogo pode apenas identificar e sinalizar o cliente que há uma pinta nos pés, e fazendo orientações para procurar um dermatologista para realizar exames e ter um correto diagnóstico.

Nevo Pigmentar

Prevenção

- Proteção solar (evitar sol nos horários de pico, procurar sombra, utilizar filtro solar)
- Autoexame regular
- Fotografia de corpo inteiro
- Às vezes, monitoramento dos familiares
- Pacientes com nevos atípicos devem evitar exposição excessiva ao sol e usar protetor solar.
- Pacientes com restrição à luz solar devem ser aconselhados a fazer suplementação adequada de vitamina D. Além disso, eles devem ser orientados a se autoexaminar com a finalidade de detectar alterações em nevos preexistentes e reconhecer características de melanoma.
- Se os pacientes têm história de melanoma e os pacientes oriundos de famílias com tendência ao melanoma (parentes em 1º grau com melanoma) têm risco de desenvolver o tumor ao longo da vida.
- Toda a pele (incluindo o couro cabeludo) dos membros de uma família de risco deve ser examinada pelo menos uma vez para determinar o risco e a necessidade de acompanhamento.

Onicólise

Onicólise é o descolamento da unha do leito ungueal. É caracterizado como um sinal de uma lesão ungueal. O descolamento da unha cria um espaço entre a placa ungueal e o leito ungueal, favorecendo o acúmulo de sujeira. A onicólise pode ocorrer principalmente por trauma. A lamina ungueal se descola do leito pelas bordas livres (distal e periungueal), e se inicia de forma discreta. Com o passar do tempo, pode aumentar o grau de descolamento até chegar no quadro mais grave de perda total da lâmina.

A onicólise tem duas causas, sendo classificada como primária ou secundária. No primeiro caso, ocorre o descolamento da queratina que mantém uma parte da unha aderida ao leito ungueal e que pode acontecer em função de traumas repetidos, principalmente em bordas livres; No segundo, o descolamento acontece em função de outras doenças: psoríase, onicomicoses, deformações no leito ungueal, hipercurvaturas transversas da lamina, dermatite de contato, infecções bacterianas, reações a medicamentos utilizados em tratamento sistêmicos entre outros.



Onicólise

Sinais e sintomas

O sintoma mais característico da onicólise é o descolamento da placa ungueal. Ocorre da parte distal da unha em direção a matriz. Esse desprendimento leva uma alteração de tonalidade, e essa coloração que ajuda a identificar qual é a causa da doença: a unha pode ficar esbranquiçada, amarelada, esverdeada, acinzentada ou arroxeada.

Por haver um espaço subungueal, acumula-se muita sujeira no local, dificultando também outros diagnósticos para doenças de unhas e pele. A onicomicose por exemplo, pode se instalar numa onicólise porque se tornou uma porta aberta de entrada para os microorganismos. A maceração formada pelos fungos pode ser confundida com a sujeira acumulada no espaço do descolamento. Por isso é necessário solicitar sempre a visita ao dermatologista e exames que possam diagnosticar os sinais clínicos.

Em casos mais graves, há perda total da lâmina ungueal.



Onicólise

Protocolo de atendimento e orientação

Onicotomia: O protocolo mais importante e criterioso é o corte desta lâmina descolada. É preciso realizar com extremo cuidado, pois pode haver lesões que não ficam aparentes. Pode ocorrer granuloma subungueal devido ao atrito da unha descolada com o leito.

- *Onicotomia conservadora:* realiza corte transversal na unha de forma parcial até retirar toda a parte descolada.
- *Brocagem:* com muito cuidado, realizar a brocagem para limpeza do leito ungueal e acerto da unha aderida.

Regeneração da unha

Uma vez que a unha sofreu o descolamento, jamais voltará a aderir. Portanto é necessário cuidar do leito ungueal para receber uma nova unha que crescerá. A maioria das unhas que sofrem o descolamento acabam se tornando unhas involutas. O leito retrai e fica um espaço muito curto para o crescimento da lâmina nova. E quanto mais curta for, maior a regressão do leito.

Um dos cuidados e terapêuticas que podemos aplicar é a esparadrapagem para preservar o espaço de crescimento da lamina ungueal.



Onicólise

Tratamento

O tratamento da onicólise varia conforme sua causa e fatores. Podemos realizar condutas terapêuticas com fitoterapia para evitar a contaminação com microorganismos e auxiliar no fortalecimento do crescimento da lâmina ungueal.

As terapias integrativas de fototerapia e eletroterapia também tem por objetivo preservar o leito ungueal saudável e auxiliar no crescimento da unha.



Fitoterápico: óleos para unhas

Recomenda-se o uso diário de blends para unhas.

Sugestão: onicoblend, onicoplus, homeofree, onicorepair, prounha teatree, óleo de melaleuca, óleo de copaíba.

Fototerapia: regeneração tecidual

Luz Azul: bactericida e fungicida – 40 seg. local

Luz Vermelha: regeneração tecidual – 2 min. Local

Protocolo: 1x por semana

Eletroterapia: regeneração tecidual

Eletrodo cachimbo: 8 minutos (Alta frequência)

Protocolo: 1x por semana.

Paroníquia



Paroníquia é o nome dado ao processo de inflamação da pele em torno da unha. Ela tem início devido à “perda” da cutícula, que pode ser causada pelo hábito de remoção por alicate ou por pequenos traumatismos, ou por agentes químicos (como detergentes de cozinha, por exemplo), geralmente. Algumas profissões predispõem à paroníquia, em especial aquelas que têm muito contato com a água, como copeiras, lavadeiras etc. Nesses casos, é muito importante proteger as mãos (usar luva de borracha) ou evitar o contato com água e produtos químicos.



A partir da “perda” da cutícula ocorre a penetração de produtos irritantes ou até de microrganismos entre a unha e a pele (próxima da cutícula) o que gera uma inflamação, às vezes com pus e vermelhidão. Em alguns casos, pode provocar alteração da unha. Pode ser aguda ou crônica.



A formação de exsudato purulento é um sinal do agravamento da patologia. A presença de bactérias *pseudomonas* no local é que provoca a infecção.

Paroníquia

Um fator de risco é algo que aumenta sua chance de contrair uma doença ou condição da paroníquia.

- Diabetes
- Trabalho que requer exposição frequente a solventes químicos ou água (por exemplo, serviço de alimentação, limpeza, odontologia, atendimento de bar, cabeleireiro, enfermagem)
- Mordendo as unhas normalmente
- Manicure muito agressivamente

Os tratamentos são diferentes para paroníquia aguda e crônica.

Paroníquia Aguda: Um caso leve de paroníquia aguda (inflamação menor ou vermelhidão perto da unha) pode ser tratado por imersão da unha afetada em água morna. Este tratamento pode ser repetido 2 a 4 vezes ao dia, durante aproximadamente 15 minutos cada. A maioria dos casos, esse tipo de paroníquia cura dentro de um período de 5 a 10 dias. Se sua condição não melhorar, seu médico pode prescrever medicamentos antibióticos orais. Nos casos em que há suspeita de acumulação de pus (abscessos), o médico também pode cortar a área com um bisturi para drená-lo.



Paroníquia

Paroníquia Crônica: também pode ser causada por uma infecção bacteriana mista que pode ser tratada com antibióticos. Você pode precisar tomar o medicamento por várias semanas. Alguns dermatologistas acreditam que a paroníquia crônica é frequentemente causada por inflamação e não por infecções bacterianas ou fúngicas. Para esses casos de paroníquia não infecciosa, o uso de cremes de cortisona pode ser útil. Qualquer que seja o tratamento prescrito, é importante manter a pele limpa e seca. Também é importante evitar a colocação de substâncias irritantes na área, como produtos de limpeza fortes ou alguns alimentos. A cirurgia pode ser recomendada em alguns casos de paroníquia crônica que não responde a outros tratamentos. Os sintomas podem diminuir com o tratamento. No entanto, às vezes danos permanentes à unha ou tecidos adjacentes podem ser causados.

Conduta Podológica

Drenar o abscesso: lamina 15 ou alicate de eponíqueo realizar um pequeno furo para drenar o exsudato. Higienizar bem o local e realizar curativo oclusivo com fitoterápicos.

Para auxiliar na cicatrização e regeneração celular, pode-se aplicar tratamento com fototerapia e eletroterapia.

Paroníquia

Fitoterápico: utilizar óleos bactericidas, fungicidas e cicatrizantes, tais como: copaíba, melaleuca e cravo.

Aplicar uma gota no local e ocluir com gaze de rayon. Oclusão de 24 hs.

No mercado temos a opção da sinergia ANEX que contém um blend de 6 óleos essenciais.

Também temos como opção a pomada cicatrizante VISSEREX a base de propólis.



Temos também própolis líquido e outras sinergias de óleos essenciais que são excelentes para curativos como: podoneen, homeofree, onicoblend, onicoplus, onicorepair. Se preferir carrear, utilize 4 gotas de AGE + 2 gotas de copaíba + 1 gota de melaleuca ou 1 gota de cravo.

Eletroterapia: aplicar alta frequência no local com o eletrodo cachimbo por 8 minutos. Frequencia de uma sessão a cada 2 dias até a cicatrização.

Fototerapia: aplicar 1 gota de azul de metileno no local e ocluir com papel alumino por 10 minutos. Após esse tempo de ação do azul de metileno, retire o papel alumínio e aplique por 40 segundos a luz azul. E para finalizar, aplique 2 minutos de luz vermelha no local. Frequencia de uma sessão a cada 2 dias até a cicatrização.

Paroníquia

ORIENTAÇÃO

- Mantenha suas mãos e pés limpos e secos
- Use luvas de borracha se suas mãos estiverem rotineiramente expostas a água ou produtos químicos
- Evite morder suas unhas
- Evite cortar, puxar ou rasgar suas cutículas
- Evite unhas artificiais, manicures vigorosas ou tratamentos que removem cutículas
- Se você tem diabetes , mantenha os níveis de açúcar no sangue o mais próximo do normal possível
- Tome medidas de higiene adequadas. Não compartilhe os elementos do banheiro (toalhas).



Elaborado por Verônica Aquino de Lima

Considerações Finais

Este livro digital contempla as patologias mais comuns nos gabinetes de podologia, as condutas podológicas aplicadas, orientações ao cliente e o papel do podólogo na prevenção e nos tratamentos.

Um livro é a materialização do pensamento. E um legado.

Profª Cilene Regina Savegnago Rodrigues

Podologia – Senac Vila Prudente

Obrigado!



cilene.rsrodrigues@sp.senac.br