

15. ALTERACIONES ESTÁTICAS DEL ANTEPIÉ, PIE PLANO, PIE CAVO Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

ALTERACIONES ESTÁTICAS DEL ANTEPIÉ

El pie estático patológico es un pie que se aleja del de referencia, definido por su huella plantar intermedia, morfología sin salientes excesivos y buena disposición respecto a la pierna.

Hallux abductus valgus (HAV)

El dolor es el síntoma más importante de la desviación hacia fuera del primer dedo del pie, y se debe al roce repetido en cada paso y a la irritación del nervio que transcurre bajo la prominencia del "juanete".

También el dolor puede deberse a la degeneración de la articulación metatarsofalángica causada por la artrosis y a la insuficiencia en la transferencia de carga del primer metatarsiano, que induce una sobrecarga de los metatarsianos intermedios.

Si además existe una bursitis del "juanete", el roce permitirá que evolucione hacia la inflamación, infección y fistulización, aumentando progresivamente el dolor local con el consiguiente riesgo para una conducción segura.

El tratamiento conservador se centra en el calzado. El quirúrgico mediante artroplastia supone una incapacidad para conducir de unas cuatro semanas, y con técnicas de conservación de la articulación (osteotomías), se necesitan mínimo dos meses hasta la correcta consolidación de las fracturas.

Hallux limitus o rigidus

Se trata de una forma de artrosis localizada en la articulación metatarsofalángica del primer dedo, cuyo origen puede ser reumático, gotoso, congénito, osteodistrófico, osteocondrítico, quirúrgico o resultante de una fractura intraarticular. Produce dolor con el movimiento, y cuando llega a anquilosarse totalmente, deja de molestar.

El tratamiento al principio es conservador con infiltraciones, plantillas acomodadoras y correcciones del calzado. El tratamiento quirúrgico abarca desde la "toilette" articular y la artroplastia, hasta la artrodesis en posición fisiológica; las dos primeras precisarán de un mes de recuperación mientras que la artrodesis necesita dos, hasta la total recuperación para conducir.

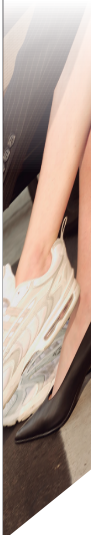
Garra de los dedos menores

Causada por el desequilibrio muscular y la falta de armonía en la longitud de los metatarsianos, también como resultado evolutivo del antepié plano y del pie cavo, y acrecentado en casi todos los casos por el calzado corto. Cuando la garra es reductible, algunos tratamientos conservadores lo mejoran.

En general, la anquilosis y el dolor al calzarse concluyen en cirugía, que suele tener al conductor hasta seis semanas apartado del vehículo.



15. ALTERACIONES ESTÁTICAS DEL ANTEPIÉ, PIE PLANO...

**Insuficiencia del primer radio**

Se debe principalmente a la cortedad congénita o quirúrgica del primer metatarsiano o al desequilibrio musculoesquelético, y puede derivar hacia el HAV o hacia la distrofia de la segunda cabeza metatarsiana.

PIE PLANO

La sintomatología dolorosa es inconstante, a menudo aparece después de un trastorno venoso o de una actividad física extenuante.

La artrosis es una causa repetida de dolor, también un tendón de Aquiles corto puede significar dolor en la pantorrilla, talalgia o metatarsalgia.

El tratamiento conservador va desde la corrección de los factores desencadenantes, hasta la cinesiterapia y ortesis plantares de contención.

Los dolores agudos mantenidos o la molestia funcional pueden apoyar la solución quirúrgica tipo artrodesis.

El resultado quirúrgico es incierto, la baja laboral de seis meses y no se puede conducir durante este tiempo.

PIE CAVO

Es más frecuente y molesto que el pie plano, y cursa con dificultad para calzarse, con un talón delgado y un antepié ancho.

El tobillo suele ser poco estable y a menudo se acompaña de esguinces de repetición.

Las hiperqueratosis son constantes, pues el pie cavo apoya sobre una superficie plantar reducida.

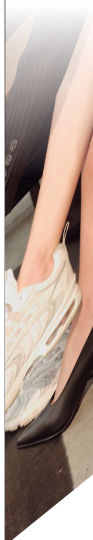
El tratamiento quirúrgico se realiza en presencia de deformidades evolutivas que entorpecen el uso del calzado, o por los dolores no contenibles con el tratamiento conservador.

La incapacidad para conducir irá desde dos meses para los casos metatarsodigitales, hasta más de seis meses en los casos de tarsectomía o doble artrodesis.

Consejo sobre hallux abductus valgus (HAV)

- ▶ El intenso dolor en la primera articulación metatarsofalángica producido por HAV obliga a un apoyo antiálgico en los pedales con riesgo de colisión por estar dificultado el control del embrague, el acelerador y el freno.
- ▶ Se desaconseja la conducción en los episodios agudos de dolor, y una vez instaurado el tratamiento, se permitirá la conducción cuando el dolor haya desaparecido y la capacidad funcional del pie sea correcta.
- ▶ El tratamiento quirúrgico, en ocasiones, requiere periodos prolongados de recuperación durante los cuales no se puede conducir.

15. ALTERACIONES ESTÁTICAS DEL ANTEPIÉ, PIE PLANO...



- ▶ El especialista informará, ante la recuperación completa de la función del pie y la ausencia de dolor, del momento en el que se puede volver a conducir con seguridad.

Consejo sobre hallux limitus o rigidus, garra de los dedos menores e insuficiencia del primer radio

- ▶ Se desaconseja la conducción en los episodios agudos de dolor, y una vez instaurado el tratamiento, se permitirá la conducción cuando el dolor haya desaparecido y la capacidad funcional del pie sea correcta.
- ▶ El tratamiento quirúrgico, en ocasiones, requiere periodos prolongados de recuperación durante los cuales no se puede conducir.
- ▶ El especialista informará, ante la recuperación completa de la función del pie y la ausencia de dolor, del momento en el que se puede volver a conducir con seguridad.

Consejo sobre pie plano

- ▶ El pie plano tratado con medidas ortopédicas suele permitir la conducción sin inconvenientes.
- ▶ El tratamiento quirúrgico requiere periodos prolongados de recuperación durante los cuales no se puede conducir.
- ▶ El especialista informará, ante la recuperación completa de la función del pie con buen apoyo y sin dolor, del momento en el que se puede volver a conducir con seguridad.

Consejo sobre pie cavo

- ▶ El pie cavo que tratado con medidas ortopédicas consigue el adecuado apoyo en los pedales permite la conducción.
- ▶ Se desaconseja conducir a aquellos pacientes con deformidades que impiden llevar el calzado correcto para conseguir una buena superficie plantar, así como a
- ▶ los pacientes con grandes hiperqueratosis que dificultan el control de los pedales.
- ▶ El tratamiento quirúrgico requiere periodos prolongados de recuperación durante los cuales no se puede conducir.
- ▶ El especialista informará, ante la recuperación completa de la función del pie con buen apoyo y sin dolor, del momento en el que se puede volver a conducir con seguridad.
- ▶ En los casos no quirúrgicos o con resultado deficiente del apoyo del pie en los pedales, se puede adaptar el vehículo, según el informe detallado del especialista con las deficiencias, para que el paciente pueda conducir con las restricciones que se establezcan para cada caso.