

19. EL CONDUCTOR CON PIE NEUROLÓGICO Y SUS CUIDADOS AL VOLANTE

En presencia de una afectación neurológica generalizada o múltiple, especialmente en enfermedades cerebrales y medulares, es fácil esperar que el pie se encuentre afectado.

En el pie neurológico son habituales las parestesias que se exacerban por la noche, los calambres que llegan a ser auténticas descargas eléctricas y las minusvalías motoras con parálisis parcial de un músculo o un grupo de ellos, que se manifiestan con cojera, estepaje (pie caído) o parálisis total.

Con frecuencia la alteración es compleja, a modo de ejemplo, un nervio suele inervar varios músculos y algunos músculos trabajan asociados a otros en contra de un antagonista único.

Estas peculiaridades explican la frecuencia del pie equinovaro (los pies en punta y girados hacia dentro) en las neuropatías, que se debe a una espasticidad del tríceps o a una parálisis de los flexores dorsales asociada con frecuencia a la de los peroneos.

El tratamiento no sólo se dirige hacia el agente etiológico de la patología, la quiropodia es necesaria ante alteraciones tróficas en un entorno hipo o insensible, y la cinesiterapia corrige la disfunción de los músculos lesionados y ayuda a la flexibilidad de las articulaciones evitando posiciones viciosas.

Al no haber lugar para la corrección de estas alteraciones estructurales, las plantillas deben ser paliativas y capaces de repartir la carga de un modo eficiente, librando las zonas de presión del exceso de transferencia de peso.

Los tratamientos quirúrgicos pueden determinarse en cualquier momento evolutivo de la enfermedad, y varían desde la neurolisis y el transplante de nervios y tendones hasta las artrodesis.

AFECCIONES NEUROLÓGICAS DE ORIGEN EXTRÍNSECO AL PIE

Hemiplejia

El pie se encuentra afectado en la mitad de los casos de hemiplejia, produciendo un pie colgante no funcional que evolucionará a espástico si no se recupera.

La cirugía de las garras digitales facilita la marcha y la conducción, disminuyendo los trastornos tróficos que ulteriormente se producen y que dificultan aún más el uso de los pedales.

Esta cirugía conlleva dos meses de distanciamiento de la conducción y requiere adaptaciones del vehículo y restricciones al volante, según el informe del especialista con las secuelas definitivas.

Poliomielitis

Las secuelas de esta enfermedad se localizan principalmente en el pie y se mejoran con adaptaciones en el calzado, tutores externos y grandes artrodesis (intervención quirúrgica con la que se fijan dos piezas óseas, anclando una articulación).

En ocasiones, hay que obtener modificaciones para el puesto de conducción que se gestionan con el informe del especialista que especifique las secuelas y limitaciones funcionales.

Paraplejia

Esta lesión es frecuente por el incremento de los accidentes en la vía pública.

Se produce espasticidad que favorece las retracciones, y es importante que el paciente esté alerta ante los riesgos tróficos cutáneos como las escaras y los riesgos óseos como las fracturas y la deformación.

Charcot-Marie-Tooth

Produce pies cavos que se asocian a estepaje bilateral y amiotrofia del tibial. Los tutores externos ayudan algo y las cirugías que se asocian a la limitación para la marcha van desde las alineaciones digitales hasta las triples artrodesis.

Espina bífida

Se caracteriza por un pie paralítico evolucionado, y es frecuente la presencia de un pie varo con o sin equinismo (pie en punta).

Las deficiencias sensitivas y los traumatismos del calzado y de los pedales de conducción sobre los trastornos tróficos existentes complican su evolución.

Neuropatías periféricas

Afectan siempre a los pies, asociando déficit motor y sensitivo que puede ser superficial y profundo, por exceso o defecto, con abolición de los reflejos tendinosos, y a menudo con trastornos tróficos neurovegetativos.

Pie y "ciáticas"

Una inyección intramuscular, un traumatismo directo, una cirugía de cadera o una compresión pueden afectar al tronco común del nervio ciático.

La parálisis del ciático poplíteo interno afecta la motilidad de los flexores plantares y del tibial posterior y la sensibilidad plantar.

La parálisis del ciático poplíteo externo es frecuente en los traumatismos del cuello del peroné, con estepaje y garras digitales que dificultan la marcha.

Se desaconseja la conducción mientras persistan los síntomas, hasta la resolución completa del cuadro clínico.



AFECCIONES NEUROLÓGICAS DE ORIGEN INTRÍNSECO AL PIE

Túnel tarsiano

Supone una neuropatía por compresión del nervio tibial posterior o de sus ramas terminales, los nervios calcáneos mediales y plantares medial y lateral.

La presencia de parestesias o dolores en la planta del antepié y dedos aumenta por la noche, y con la marcha o el ortostatismo.

Los nervios plantares están totalmente afectados llegando a producir parálisis de los músculos intrínsecos.

La irradiación proximal del dolor llega hasta el tobillo, y los dolores suelen ser proporcionales a la cantidad de carga que desarrolla el sujeto en su vida diaria.

Los bloqueos con anestésicos locales, seguidos de descanso y ejercicios de flexibilidad de tobillo y pie, además de las plantillas y la terapia antiinflamatoria, alivian los casos leves.

Puede intentarse la neurectomía quirúrgica seguida de inmovilización con escayola durante un mes.

La liberación quirúrgica del túnel tarsiano alivia el cuadro y requiere de dos a tres semanas de descarga. Más tarde se recupera la actividad normal en unas semanas.

Neuroma de Morton

Es una causa frecuente de metatarsalgia con dolor en el tercer espacio intermetatarsiano, que el paciente relata como paroxístico de tipo nervioso que se irradia a proximal, aumenta con el calzado apretado y que empeora en su evolución.

Puede interferir con la conducción al pisar el pedal, especialmente en el lado derecho.

El tratamiento es conservador mediante calzado adecuado, infiltraciones locales y plantilla con elevación metatarsiana.

El tratamiento quirúrgico supone la extirpación del nervio plantar medial a su paso por el espacio intermetatarsiano, con recuperación entre la segunda y tercera semanas. Posteriormente se puede conducir.

Consejo sobre afecciones neurológicas de origen extrínseco al pie

- ▶ Mientras el paciente se encuentre con dolor, pérdida de fuerza y limitación funcional que le impida el correcto funcionamiento de los pedales del vehículo, no puede conducir.
- ▶ La pérdida de la sensibilidad en las afecciones neurógenas impide conducir.
- ▶ El dolor y las limitaciones de los movimientos harán que el médico pueda desaconsejar la conducción.

19. EL CONDUCTOR CON PIE NEUROLÓGICO Y SUS CUIDADOS AL VOLANTE



- ▶ Los pacientes con pie neurológico se benefician mucho del calzado adaptado y de los tutores externos para mejorar la marcha, y por extensión, al dominio de la extremidad en el puesto de conducción en el vehículo adaptado. Todas estas ayudas deben ser prescritas por el experto y evaluadas para facilitar la conducción.
- ▶ No obstante, es preciso poner en perspectiva al conductor sobre las limitaciones presentes, para ayudarle a seleccionar el tipo de conducción donde más normalizado pueda encontrarse.
- ▶ Cada técnica quirúrgica tiene sus propias limitaciones en lo referente a los plazos para la conducción, siendo frecuente los dos meses para las cirugías de partes blandas y entre seis y doce para las técnicas más complejas.
- ▶ El especialista indicará en su informe las secuelas definitivas que permitan la adaptación del vehículo para poder conducir, si es posible en el contexto de la enfermedad general del paciente.

Consejo sobre afecciones neurológicas de origen intrínseco al pie

- ▶ La interferencia con la conducción es variable, dependiendo de las parestesias y del dolor al pisar los pedales.
- ▶ El síndrome del túnel tarsiano puede provocar pérdida de fuerza en algunos movimientos del pie necesarios en la conducción, con riesgo de accidente si no se pisan bien los pedales.
- ▶ Todas las cirugías requieren de un periodo más o menos prolongado de recuperación funcional, durante el cual no se puede conducir.