

16. PIE REUMATOLÓGICO E INFLAMATORIO Y SUS LIMITACIONES EN LA CONDUCCIÓN

PIE REUMATOLÓGICO E INFLAMATORIO

Como el pie es un integrante esencial del aparato locomotor, sus afecciones ósea, periarticular y articular son variadas y frecuentes, y pueden estar vinculadas a otras localizaciones y afectar el estado general del paciente.

El signo más importante es el dolor mecánico o inflamatorio que remitirá normalmente con analgésicos y antiinflamatorios.

El dolor de origen inflamatorio no es constante, suele aparecer al despertar, empeora al comenzar a caminar, para disminuir hasta su desaparición con el calentamiento del aparato locomotor.

La inflamación es muy perceptible en la zona aquilea, metatarsofalángica y digital.

Los cuidados locales incluyen el descanso, el uso de plantillas ortopédicas, la cinesiterapia y el uso de calzado idóneo para el problema en cuestión.

La solución quirúrgica queda para las deformaciones avanzadas que producen grandes inconvenientes para calzarse y dolores asociados a la marcha.

Pie reumatoide

Esta poliartritis afecta al pie muy tempranamente, y su implantación es simétrica en la mayoría de los casos. Al principio, se presenta en el antepié desarrollando metatarsalgias de origen inflamatorio, que se acompañan de garras digitales con subluxaciones y luxaciones metatarsofalángicas.

En ocasiones, tiene lugar la desviación lateral de los cuatro primeros dedos. También puede presentarse en retropié y tobillo, y con frecuencia se encuentra involucrado el proceso posterosuperior del calcáneo. Clínicamente se presenta una disquinesia postestática por el dolor que aumenta tras periodos de inmovilidad.

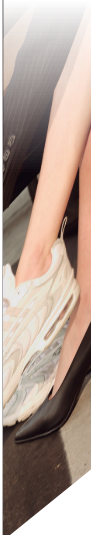
La piel se torna delicada y se forman nódulos reumatoideos subcutáneos en las zonas de prominencia ósea y áreas de carga o de contacto. La actividad prolongada empeora la clínica.

Se pueden utilizar múltiples plantillas de adaptación según se localicen las zonas de mayor presión, y se recomienda el uso de calzado con tacón bajo, contrafuerte rígido y antepié ancho.

La cirugía se indica en los casos avanzados con el fin de alcanzar una superficie de apoyo estable o corregir los puntos de apoyo dolorosos.

Espondiloartritis anquilosante

El retropié es la zona más afectada, a menudo, con talalgia plantar muy dolorosa y de tipo inflamatorio. Puede ser difusa o concentrarse en la zona posterior, variando desde la invalidez hasta la forma asintomática.



16. PIE REUMATOLÓGICO E INFLAMATORIO Y SUS LIMITACIONES...

Es frecuente la tenosinovitis del tendón de Aquiles, observándose en más de la mitad de los casos calcaneítis que suele ser indolora.

El mediopié se ve poco afectado, y suele apreciarse tenosinovitis del tibial posterior y de los peroneos con alguna frecuencia.

El antepié resulta menos afectado que el retropié, aunque sus secuelas son muy discapacitantes, con hallux valgus que deforma con rapidez mientras aumentan los inconvenientes del calzado y los dolores.

El tratamiento con antiinflamatorios se asocia a los vendajes y a las protecciones locales, como las taloneras utilizadas en las talalgias.

Pie psoriásico

Incluye una poliartritis con afectación de las articulaciones interfalángicas distales y las uñas.

El reumatismo se asienta en el pie presentándose de manera análoga a otros reumatismos como la poliartritis reumatoidea del antepié, e incluso como un ataque gotoso en el primer dedo.

El tratamiento del pie psoriásico se reduce a los antiinflamatorios no esteroideos y la cinesiterapia.

Pie artrósico

La artrosis suele ser consecuencia de un traumatismo o de muchos microtraumatismos, de una cirugía, una deformación del pie o una enfermedad ósea periarticular, que produce dolores mecánicos y rigidez.

Las plantillas ortopédicas mejoran los casos leves y hasta los severos, disminuyendo los síntomas dolorosos relativos a la bipedestación y la marcha.

La cirugía pretende suavizar las zonas de carga, para ello se vale de artroplastias y artodesis que impiden la conducción durante un máximo de tres meses.

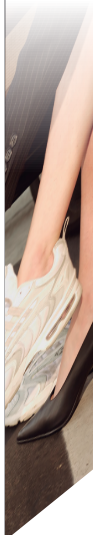
Reumatismos extraarticulares

Existen muchos agentes constitucionales, anatómicos y biomecánicos que perjudican a los tendones. También se dan otras razones que aumentan la fragilidad del tendón como la inflamación, la hidratación insuficiente, la hiperuricemia, las inyecciones de corticoides o las infecciones.

En el creciente mundo deportivo actual, se presentan muchos casos de fatiga del tendón por sobreesfuerzo, errores del entrenamiento o mala técnica deportiva.

En el retropié figura la tendinopatía aquilea y la bursitis del tendón de Aquiles.

En la cara externa tienen lugar las tenosinovitis de los peroneos que con frecuencia requieren sutura.



16. PIE REUMATOLÓGICO E INFLAMATORIO Y SUS LIMITACIONES...



En la cara interna se presenta la tenosinovitis del tibial posterior con el frecuente síndrome del túnel tarsiano.

En la cara anterointerna se muestran las tendinopatías del flexor plantar corto.

El dolor es el que alerta en todos los casos, es de tipo mecánico y aumenta bajo sollicitación y presión.

El tratamiento se apoya en el descanso y la fisioterapia para, seguidamente, comenzar la reeducación del músculo, junto con analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos.

Consejo sobre pie reumatológico e inflamatorio

- ▶ Las deformidades articulares y el dolor impiden conducir en muchos casos.
- ▶ La valoración del paciente por parte del médico permitirá conocer las limitaciones de la conducción en cada momento, para informar y aconsejar lo más conveniente en cada caso.
- ▶ En casos avanzados de la enfermedad, el médico puede desaconsejar la conducción por la seguridad.
- ▶ El tiempo de incapacidad para la conducción después del tratamiento quirúrgico dependerá de las técnicas realizadas y de la recuperación de la funcionalidad que permita el control de los pedales con seguridad.

Consejo sobre espondiloartritis anquilosante

- ▶ En los episodios agudos dolorosos no se puede conducir y tampoco con vendajes o inmovilizaciones.
- ▶ El calzado adaptado permite la conducción si no hay puntos de intenso dolor en la planta de los pies.
- ▶ El médico desaconsejará la conducción si observa que el paciente, a pesar del calzado adaptado, presenta puntos dolorosos que le obligan a posturas antiálgicas con riesgo de mala pisada de los pedales.
- ▶ Las diversas tenosinovitis dificultan los movimientos necesarios en la conducción, por lo que el paciente debe extremar la prudencia al volante, y si es necesario, que no conduzca.

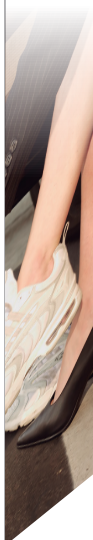
Consejo sobre pie psoriásico

- ▶ El estado de la piel no suele ser impedimento importante para la conducción.
- ▶ En los episodios agudos dolorosos no se puede conducir y tampoco con vendajes o inmovilizaciones.

Consejo sobre pie artrósico

- ▶ La rigidez articular impide muchos movimientos necesarios para accionar los pedales, impidiendo una respuesta rápida ante un imprevisto en la carretera.
- ▶ Se desaconseja la conducción en pacientes con dolor y con limitaciones de los movimientos.
- ▶ El especialista indicará en cada caso, dependiendo del tratamiento requerido y las secuelas existentes, la capacidad del paciente para poder conducir, e informará de ello en cada revisión.

16. PIE REUMATOLÓGICO E INFLAMATORIO Y SUS LIMITACIONES...



- ▶ El tratamiento quirúrgico de cada caso requiere un periodo posterior de recuperación funcional y de seguridad en el que no se puede conducir hasta que el especialista informe favorablemente de ello.

Consejo sobre reumatismos extraarticulares

- ▶ 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.
- ▶ El dolor impide movimientos que son necesarios cuando se conduce, produciendo desasosiego, fatiga, preocupación, inseguridad y pérdida de atención, pasando la conducción a ser una obligación que empeora el propio cuadro clínico.
- ▶ El dolor y las limitaciones de los movimientos harán que el médico pueda desaconsejar la conducción.
- ▶ El especialista indicará, dependiendo del tratamiento requerido, la capacidad del paciente para poder conducir, e informará de ello en cada revisión.
- ▶ El tratamiento quirúrgico de cada caso requiere un periodo posterior de recuperación funcional y de seguridad en el que no se puede conducir hasta que el especialista informe favorablemente de ello.
- ▶ Con vendajes e inmovilizaciones del miembro inferior no se puede conducir.