

## 5. HIDROSADENITIS, FÍSTULA PILONIDAL, INFECCIONES PARONQUIALES, CALLOSIDADES, HERIDAS, Y SU INFLUENCIA EN EL CONDUCTOR

### HIDROSADENITIS SUPURATIVA

Es la inflamación de las glándulas apocrinas que produce obstrucción y rotura de los conductos sudoríparos con inflamación local dolorosa, de localización preferente en las axilas, pero también en ingles, areolas mamarias y ano.

El proceso puede disminuir después de dos a tres días, para recurrir posteriormente.

En los casos crónicos, la coalescencia de nódulos inflamados puede formar engrosamientos palpables en la axila.

Esta enfermedad puede extenderse y ser incapacitante, impidiendo mover los brazos cuando afecta a las axilas, caminar cuando afecta a las regiones púbica y genital, y sentarse cuando afecta al ano.

El tratamiento es antibiótico y en muchos casos se requiere drenaje y extirpación quirúrgica de la zona.

### QUISTE Y FÍSTULA PILONIDAL

Es un padecimiento frecuente de localización preferente sacrocóxigea, y que se caracteriza por la penetración local de pelos en crecimiento que provocan una reacción a cuerpo extraño y la posterior infección.

Cuando el quiste pilonidal se infecta, produce enrojecimiento y dolor que progresa hasta la formación de un absceso, con fiebre y mal estado general.

El absceso pilonidal requiere drenaje urgente y antibioterapia. Lo más recomendable es la extirpación quirúrgica definitiva de la fístula pilonidal.

La cirugía definitiva de la fístula pilonidal requiere fistulectomía hasta la fascia sacra, lo que conlleva una herida profunda de cicatrización lenta que requiere un mínimo de dos semanas para su curación, y lo más frecuente es que tarde en cerrar un mes o más.

La resolución en unos días de la inflamación permite volver a conducir, recomendando no usar ropa ajustada, ni pantalones vaqueros.

### INFECCIONES PARONQUIALES

La inflamación aguda o crónica de los tejidos periungueales puede avanzar por el borde de la uña o extenderse bajo ésta y supurar.

Los episodios agudos producen dolor intenso, enrojecimiento, inflamación del dedo afectado, y con frecuencia incapacitan para calzarse, caminar o conducir.



## 5. HIDROSADENITIS, FÍSTULA PILONIDAL, INFECCIONES PARONQUIALES...

El tratamiento local con apósitos, lavados y drenaje de abscesos, asociado a un antibiótico oral, permitirá que el paciente mejore pudiendo volver a conducir.

### CALLOSIDADES

Son áreas superficiales circunscritas de hiperqueratosis en una zona de traumatismo repetido, que suelen localizarse en las manos y los pies.

Los callos aparecen sobre protuberancias óseas, en particular de los pies, y pueden doler espontáneamente o a la presión, impidiendo el correcto apoyo.

El callo se puede infectar causando un intenso dolor que impide la presión en la zona. En ocasiones es necesario el desbridamiento, la extirpación del callo y la administración de antibiótico para obtener una cicatrización correcta.

En el supuesto de precisar hacer alguna maniobra brusca en la que se vean implicados los pies, seguramente no se pisen con la seguridad necesaria los pedales y se provoque un accidente, por ejemplo, por no haber podido frenar correctamente.

### HERIDAS

Pueden ser abrasiones, heridas incisas, heridas contusas, inciso-contusas, complejas, o heridas con pérdida de sustancia.

La localización topográfica de la herida y las estructuras afectadas determinan la indicación terapéutica, la cicatrización y las secuelas.

#### Consejo sobre hidrosadenitis supurativa

El paciente con episodios agudos de hidrosadenitis no puede conducir. La resolución del cuadro clínico con el adecuado tratamiento permitirá la conducción.

La convalecencia posquirúrgica puede prolongarse, porque la cicatrización de las heridas suele ser en zonas húmedas o de roce. El paciente debe colaborar evitando conducir, si su médico así se lo indica por su seguridad.

#### Consejo sobre quiste y fístula pilonidal

- ▶ La inflamación del quiste pilonidal produce un intenso dolor que impide sentarse y, por tanto, conducir.
- ▶ Se desaconseja la conducción hasta que el tratamiento conservador no consiga la desaparición total de la zona inflamada.
- ▶ La cicatrización posquirúrgica es prolongada por lo que hay que evitar conducir.
- ▶ Mientras la herida esté abierta no conviene sentarse en ella, sobre todo en la primera semana después de la cirugía, por tanto, no se puede conducir.
- ▶ Al paciente con una herida sacrocoxígea que puede intentar conducir adoptando posturas forzadas que hacen peligrosa la conducción hay que advertirle de lo peligroso de tal proceder.
- ▶ Posteriormente, el cirujano debe informar en qué momento el paciente puede volver a conducir, ante la buena evolución de la cicatrización.

## 5. HIDROSADENITIS, FÍSTULA PILONIDAL, INFECCIONES PARONQUIALES...

- ▶ Se desaconseja la colocación de flotadores en los asientos pues, aunque alivien la situación, impiden la correcta sujeción del conductor y le colocan en una posición peligrosa.

### Consejo sobre infecciones paroniquiales

- ▶ Con dolor y vendajes no se puede conducir.
- ▶ La cirugía definitiva de la uña encarnada se realiza con anestesia local y aunque el paciente sale caminando, no puede conducir hasta que el dedo esté cicatrizado y pueda calzarse sin vendaje.

### Consejo sobre callosidades

- ▶ La hiperqueratosis plantar dolorosa que dificulta el correcto apoyo de los pies en los pedales requiere desaconsejar al paciente que conduzca hasta que se solucione la causa del dolor y se asegure la precisión de la pisada.

### Consejo sobre heridas

- ▶ Toda herida que requiera reparación, vendaje, inmovilización y curas incapacita la conducción, por su seguridad y para la correcta cicatrización de las heridas.
- ▶ Las complicaciones más frecuentes de las heridas son infección, hematoma, dehiscencia (la herida se separa o abre repentinamente) y la necrosis. El periodo de cicatrización se prolonga en estos casos, por lo que no se puede conducir hasta su curación.

