

Tratamiento Ortopodológico del pie reumático



BALDIRI PRATS CLIMENT
Profesor Enseñanzas de Podología.
Universidad de Barcelona

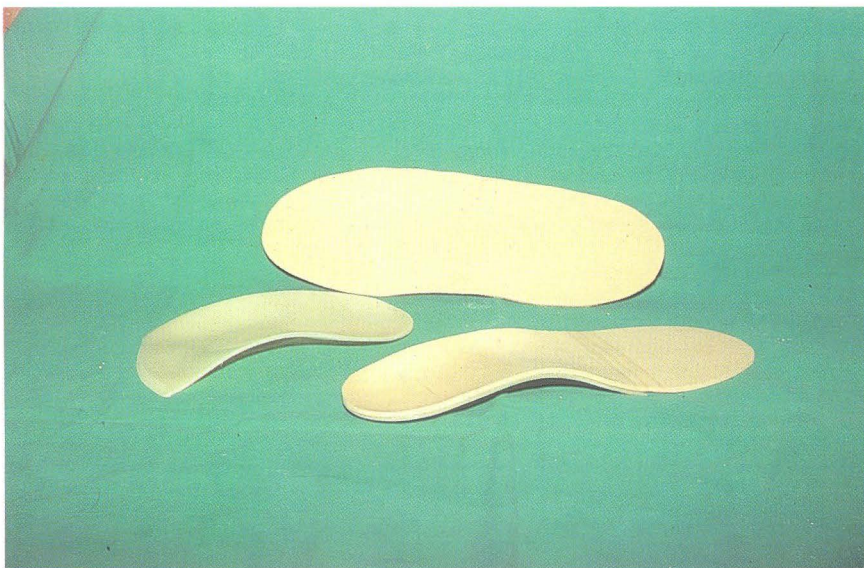


JAVIER VÁZQUEZ
Podólogo.

INTRODUCCIÓN

Debido al gran número de articulaciones que se encuentran en el pie, las patologías reumáticas suponen un motivo frecuente de consulta en podología.

FOTO 1



Muchas veces intentamos encontrar en alteraciones biomecánicas la causa de un dolor localizado o generalizado del pie, cuando en realidad la etiología puede tener un origen reumático. Como es sabido la característica general de las enfermedades reumáticas es la inflamación con la presencia de sus signos típicos de enrojecimiento, calor, dolor e impotencia funcional de la zona afectada. El grado de la alteración vendrá determinado por el tiempo de evolución de la enfermedad reumática.

En periodos iniciales el paciente puede acudir a consulta por un dolor localizado que no presenta ningún síntoma asociado y que puede ser fácilmente atribuido a cualquier otra causa

que no sea la reumática, debido a que en muchas ocasiones no aparecen signos radiológicos significativos.

Cuando la enfermedad reumática es de larga evolución, los signos radiológicos son evidentes porque existe degeneración articular y es frecuente la aparición de espículas y destrucción ósea. En esta fase la impotencia funcional se hace evidente ya que el dolor al movilizar la articulación puede ser bastante intenso.

Desde el punto de vista ortopodológico, el tratamiento adecuado puede mejorar la sintomatología, pero debe tenerse en cuenta que existe una alteración sistémica que debe ser controlada para conseguir un éxito total en el tratamiento.

Los pacientes reumáticos que utilizan tratamiento ortopodológico deben ser controlados con mayor frecuencia que los que no lo son, ya que la aparición de brotes de la enfermedad o el desgaste de los materiales empleados en su confección pueden disminuir el efecto terapéutico de la ortesis.

Este apartado, es decir, la elección de los materiales adecuados para confeccionar la ortesis, es motivo de discusión ya que si bien parece más indicado el uso de materiales blandos para amortiguar y aliviar el dolor, no debe descartarse el uso de materiales rígidos o semirrígidos en estas patologías. Un estudio realizado por los alumnos Albert Collantes y Josep M^a Font, en la realización de su trabajo de fin de carrera en la Universidad de Barcelona, demostró que un

Los pacientes reumáticos que utilizan tratamiento ortopodológico deben ser controlados con mayor frecuencia que los que no lo son



FOTO 2

FOTO 3

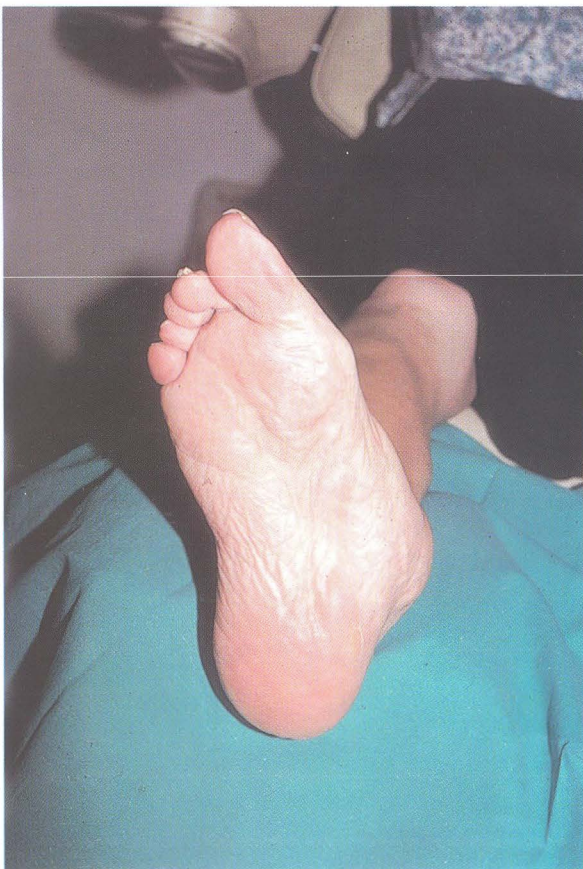


soporte plantar confeccionado con "Subortholen y forrado con "Pelite" (FOTO 1), tuvo un mejor efecto terapéutico que otro totalmente blando en pacientes con podalgias generalizadas por patología reumática.



FOTO 4

FOTO 5



PATOLOGÍAS REUMÁTICAS MÁS FRECUENTES CON REPERCUSIÓN EN EL PIE

Las patologías reumáticas más frecuentes con repercusión en el pie son:

- Osteoartritis
- Artritis reumatoide.
- Artritis psoriásica.
- Artritis reumatoide juvenil.
- Artritis inflamatoria:
 - Gota
 - Pseudogota
 - Atrofia neuropática.

CLÍNICA

Como ya se ha comentado los aspectos clínicos de las patologías reumáticas vendrán determinados por el tiempo de evolución de la enfermedad, pero podemos dividir el estado de las alteraciones en cuatro fases diferentes:

PRIMERA FASE

Caracterizada por brote artrítico mono o poliarticular, simétrico o asimétrico con los signos de la inflamación.

SEGUNDA FASE

Aparece al cabo de unos meses de la primera fase con deformaciones articulares y yuxtaarticulares, signos radiológicos y analíticos. El dolor presente lo provocan las deformidades, siendo permanente en una fase aguda y presente en la bipedestación y la deambulación en la fase crónica. Empieza a haber dificultad para el uso del calzado.

TERCERA FASE

Se observan alteraciones óseas y deformidades con erosiones de los cartílagos. En

algunas patologías la deformidad puede ser grave incluso en pacientes jóvenes (FOTO 2) en este caso se trata de una paciente de 30 años de edad con Lupus Eritematoso Sistémico, en el que pueden apreciarse graves deformidades.

CUARTA FASE

Puede durar toda la vida con alternancia de emperramientos y remisiones. Cada brote agrava con una mayor incapacidad, dolor, deformidades y anquilosis. Puede estabilizarse, quedando las deformidades y fijaciones estables.

FORMAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO

Para el estudio de las alteraciones reumáticas y su tratamiento ortopodológico iremos diferenciando las distintas articulaciones que pueden verse afectadas, así como el tratamiento adecuado en cada una de ellas.

ARTICULACIÓN DEL TOBILLO:

Es poco frecuente, en ocasiones provoca una tumefacción difusa de todo el tobillo, con limitación de la movilidad, la cual se va haciendo cada vez más acusada pudiendo llegar a la imposibilidad de apoyar el pie o a la fijación, anquilosándose en posición viciosa. Debe recordarse que para un normal desarrollo de la marcha, la articulación del tobillo debe dorsiflexionar un mínimo de 10 grados, si ésto no es posible el pie actuará como un pseudoequino, con las posteriores alteraciones asociadas

como excesiva pronación compensatoria, hiperextensión de la musculatura posterior por genu recurbatum y su repercusión a nivel de la columna vertebral.

Tratamiento:

El tratamiento ortopodológico es complicado a este nivel puesto que es difícil actuar sobre esta articulación. En fases iniciales está indicado un soporte plantar encapsulando el retropie para mantener las estructuras en su posición idónea. En este caso el material indicado sería semi-



FOTO 6

FOTO 7



rrígido puesto que el objetivo es el de estabilizar el pie y con un material excesivamente blando no se conseguiría (FOTO 3). En fases tardías con anquilosis y limitación de movimiento está indicado el uso de ortesis para pie y tobillo o AFO (ankle foot ortosis) para ferulizar la articulación, disminuyendo la demanda de movimiento.

ARTICULACIÓN SUBASTRAGALINA:

Esta es de las que con mayor frecuencia resulta lesionada, pudiéndose alterar su equilibrio al deformarse en varo o valgo. Debido a la importancia funcional de esta articulación al existir una limitación del movimiento, el paciente puede referir cierta imposibilidad de andar sobre terrenos irregulares o deprisa.

Tratamiento:

Soporte plantar rígido o semirrígido que limite las demandas de movimiento articular. Debe tenerse en cuenta que en estadios avanzados, cuando el retropie se encuentre estructurado en varo o valgo, el tratamiento ortopodológico debe respetar esta posición, ya que intentar neutralizarla podría suponer un incremento del dolor.



FOTO 8

Las enfermedades reumáticas también pueden ocasionar talalgias plantares que deben ser tratadas como una talalgia convencional.



FOTO 9

ARTICULACIÓN MEDIOTARSIANA:

La más afectada suele ser la art. astrágaloescafoidea y luego la cuneoescafoidea, observándose un predominio de lesiones en las articulaciones del arco medial que en algunos casos puede llegar a la fusión ósea.

La bóveda plantar puede deformarse en cavo o en plano. Lo primero ocurre mientras el enfermo se halla encamado deformándose los pies en equino y cavo. Inversamente el pie plano puede aparecer después del brote agudo cuando el pie empieza a levantarse, ya que al apoyar el pie en el suelo, debido a la atrofia

muscular y distensión articular tiende a aplanarse. Existen patologías que provocan una gran deformidad a nivel de la articulación mediotarsiana, como en el caso de la atropatía de charcot, frecuente en pacientes diabéticos (FOTO 4).

De todos modos es mucho más frecuente encontrar un aplanamiento de la bóveda plantar en diferentes grados, y hay que buscar la etiología en una pronación excesiva no compensada, de larga evolución y asociada a la enfermedad reumática, que desencadena una deformidad estructurada con descenso de arco medial y abducción de antepie (FOTO 5).



FOTO 10

Tratamiento:

En principio está indicado un soporte plantar semirrígido o rígido, cuyo objetivo será mantener la estructura de la bóveda plantar cuando se realiza la carga. Puede estar también indicado el uso de soportes termoformados confeccionados con materiales de distintas consistencias para conseguir, por un lado un efecto amortiguador con materiales blandos y por otro mantener la estructura del pie con materiales semirrígidos o rígidos.

ANTEPIE

El antepie es la zona donde se instauran principalmente las deformidades reumáticas y donde los signos clínicos se hacen más evidentes.

Además es fácil encontrar en pacientes reumáticos, una insuficiencia de tejido adiposo plantar que agrava el cuadro clínico (FOTO 6)

La enfermedad reumática afecta a la articulación metatarso-falángica, provocando en primer lugar una sinovitis que conlleva la inestabilidad de la articulación. Esta inestabilidad se traduce en la

subluxación o en luxación completa con la aparición de deformidad de dedos en garra en sus diferentes variantes y su consecuente sobrecarga metatarsal con presencia de hiperqueratosis, helomas o incluso ulceraciones (FOTO 7).

En conjunto, el tipo de deformidad vendrá determinada por los siguientes factores:

- Fórmula digital y metatarsal congénita.
- Acción de la contractura y atrofia muscular.
- Distensión de la cápsula articular.
- Acción del calzado.

En función de estos factores y del comportamiento biomecánico del pie podemos encontrar tres tipos clásicos de deformidades de antepie en enfermedades reumáticas:

ANTEPIE TRIANGULAR:

Caracterizado por HAV, juanete de sastre, luxaciones de dedos medios, trastornos

tróficos plantares digitales y metatarsales, alteración de la marcha (plantígrada y apropulsiva, acortando el paso y la cadencia).

ANTEPIE EN RÁFAGA:

Caracterizado por la desviación de todos los dedos.

ANTEPIE ATÍPICO:

No presenta una forma definida. En algunos casos la afectación puede ser solamente de un radio, como en el ejemplo de la foto 8, cuya visión plantar corresponde a la foto 7, donde puede apreciarse la ulceración por sobrecarga y también por destrucción ósea en una paciente afecta de artritis reumatoide (foto 8).

Tratamiento:

En fases iniciales la constante será la presencia de metatarsalgia, por lo que aquí el tratamiento indicado será la aplicación de soportes plantares con el objeto de descargar y amortiguar la zona metatarsal.

En fases posteriores, cuando el grado de deformidad es importante, la combinación de soporte plantar y ortesis de silicona es imprescindible para conseguir el alivio de la sintomatología. En muchos casos será necesario aplicar un guantelete confeccionado con la combinación de polímero de silicona y vendaje tubular, al que se añaden descargas de silicona blanda para evitar la fricción en aquellos puntos prominentes que aparecen por la deformidad. Este tratamiento permite cubrir la zona de apoyo metatarsal, mejorando la sintomatología en aquellos pacientes que presentan insuficiencia de tejido adiposo plantar asociada (foto 9).

A nivel digital, la afectación reumática en los dedos provoca deformidad de distinto grado que, con el paso del tiempo, se convierte en estructurada y por lo tanto provoca la irreductibilidad de la lesión. En estos casos el tratamiento será siempre paliativo, mediante la aplicación de ortesis de silicona de distinto diseño y características en función del grado de deformidad (foto 10).

CONCLUSIONES

Ante las distintas deformidades provocadas por enfermedades reumáticas, el tratamiento ortopodológico tendrá el objetivo de proteger y amortiguar las zonas de fricción, pero no debe olvidarse que es fundamental mantener la estructura del pie ya que, de esta forma, se consigue disminuir el grado de movilidad de las articulaciones afectadas, disminuyendo el dolor.

Pensando en este objetivo, no debe descartarse el uso de materiales rígidos o semirrígidos, que limitarán la demanda de movilidad articular. Por supuesto estos materiales deben ir combinados con materiales blandos en contacto con el pie, de este modo se consigue tanto un efecto amortiguador como una mejor aceptación por parte de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- DONATELLI, R.A. (1996): "The Biomechanics of the foot and ankle" F.A. Davis Company. Philadelphia.
- ROOT, M.; ORIEN, W.; WEED, J. (1977): "Normal and abnormal function of the foot", Clinical Biomechanics. Los Angeles.
- SEIBEL, M.O. (1994): "Función del pie". Ortocén, S.A.
- VALMASSY, R. (1996): "Clinical biomechanics of the lower".
- PHILIPS, J.W. (1990): "The functional foot orthosis". Churchill Livingstone.
- HUNTER, S.; DOLAN, M.; DAVIS, J. (1995): "Foot orthosis in therapy and sport" Human Kinetics. Champaign IL.