

## **Intervención Fisioterápica en la Espondilitis Anquilosante**

### **Jesús Guodemar Pérez.**

Diplomado en Fisioterapia.

Diplomado en Nutrición Humana y Dietética.

Profesor de Fisioterapia General Prácticas.

Universidad Alfonso X "El Sabio".

Miembro del Comité de Redacción del Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de Madrid.

### **Descripción y rasgos clínicos**

La Espondilitis Anquilosante o Anquilopoyética es una artropatía inflamatoria de origen desconocido. También llamada Artritis de Marie-Strümpell o Espondilitis Reumatoide, se la considera una enfermedad distinta de la artritis reumatoide. Las razones son la afectación mayoritaria al sexo masculino, su inicio temprano, la ausencia de nódulos subcutáneos y la localización de las artropatías. En la analítica las reacciones serológicas al factor reumatoide son negativas y a la aplicación de rayos X denota una calcificación de los ligamentos.

La lesión fundamental y característica de la Espondilitis es una sinovitis de las articulaciones sacro iliacas. También se ven afectadas las articulaciones apofisarias intervertebrales posteriores y las articulaciones costo vertebrales. Más tarde, el ligamento espinal se calcifica, apareciendo los denominados sindesmofitos, dando una apariencia en "caña de Bambú". Son comunes las afectaciones de cardíacas, en forma de aortitis e insuficiencia aórtica. La uveítis o iritis afecta a un 25% de los pacientes, no ocurre escleromalacia perforante, pero suele terminar con una ceguera del paciente.

La enfermedad asoma con un comienzo insidioso, rigidez matutina, mayor después de periodos de inactividad, dolor de tipo inflamatorio localizado a la altura de las articulaciones sacro iliacas, con irradiación a los glúteos, cara posterior del muslo y cierta limitación a la flexión. Le sigue la desaparición de las curvas fisiológicas, comenzando por la lordosis lumbar y con una inclinación anterior de la cabeza y el tórax. A medida que la columna se "suelta", aparece la llamada "columna del atizador". Disminuye la movilidad del tórax y, no es infrecuente dolor a la inspiración profunda, la tos y el estornudo. En las pruebas de laboratorio, es característico la presencia del antígeno HLA B27, lo cual nos servirá para confirmar el diagnóstico. La evolución del paciente será una disminución del dolor y de la movilidad. La pérdida de peso y la febrícula también serán comunes durante todo el proceso patológico.

### **Acción del fisioterapeuta**

El fisioterapeuta debe valorar mediante exploraciones globales y específicas la flexibilidad del raquis. Para ello, podrá realizar la distancia dedos-suelo (finger-floor) que valora la flexión de tronco global, donde también participan las articulaciones coxofemorales. Otra exploración posible será el Test de Schober parcial, que constituye una exploración más precisa del segmento lumbar. Será también de suma importancia conocer el estado de la musculatura, para valorar posibles contracturas y atrofiaciones.

El tratamiento fisioterápico lo podemos clasificar en dos periodos, por un lado abordaremos la fase inflamatoria y, por otro, los periodos de ínter brote.

### **Fisioterapia en el periodo inflamatorio**

En la fase aguda o inflamatoria, nos centraremos en reducir el dolor y la inflamación. Para ello, recurriremos al reposo controlado, para disminuir la inflamación y evitar la rigidez.

Cuando el paciente se encuentra en decúbito sobre la cama es importante que se encuentre completamente llano sobre la superficie.

También se recomienda que pruebe el decúbito prono 20 minutos antes de levantarse por la mañana y acostarse por la noche. Es posible que al paciente esta posición le resulte incómoda y le produzca sensación de ahogo.

Comenzará con periodos cortos de 5 minutos y los aumentará según tolerancia. La cama debe ser firme, sin comba. Para ello, lo ideal será una un somier con tabla, pero no excesivamente dura. Cuando el reposo lo realice en una silla, ésta deberá ser bastante alta, con asiento firme y respaldo recto, permitiendo al paciente mantener un ángulo recto de las rodillas y de las articulaciones coxofemorales.

Durante estos periodos de reposo, será conveniente aplicar calor local por conducción, y entrenar y

concienciar al paciente en la importancia de los ejercicios respiratorios. Se realizarán ejercicios de reeducación diafragmática y de ventilación costal. Se pueden combinar movilizaciones activo-asistidas de las extremidades y de la columna cervical. Si se plantea la posibilidad de realizar ejercicios isométricos habrá que realizarlos con pocas repeticiones para evitar un agravamiento del periodo inflamatorio.

### Fisioterapia en el periodo no inflamatorio

Durante el periodo no inflamatorio, podemos insistir con técnicas de termoterapia, incluyendo técnicas por covección (infrarrojos) y por conversión (onda corta y microondas). La aplicación de electroterapia de baja y media frecuencia también ofrece buenos resultados como medida analgésica. Los ejercicios respiratorios aprendidos durante la fase inflamatoria se continuarán durante este periodo insistiendo en su correcto aprendizaje, lo cual proporciona un aumento de la capacidad vital del paciente y le permite relajarse. Un apartado importantísimo corresponde al mantenimiento y/o aumento de la movilidad vertebral.

Para ello, se realizarán ejercicios de flexibilización de todos los segmentos vertebrales y, cuando un segmento se encuentre anquilosado, se insistirá en el tratamiento postural para mantener la articulación en la posición más funcional posible. Estos ejercicios son también aplicables para todas las articulaciones periféricas, sobre todo, en el hombro y la cadera.

Estarán indicados ejercicios activos libres, asistidos y pasivos suaves. Junto a esto, se debe insistir en los estiramientos de la musculatura del hombro (pectorales) y de la cadera (flexores, aductores e isquiotibiales), así como potenciar todos estos grupos musculares. Será de suma importancia mantener una postura correcta durante todo el día y, evitar el uso de ortesis de reposo por el riesgo de aparición de rigidez.

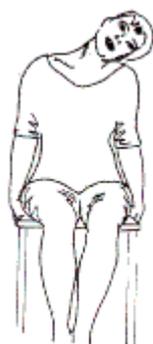
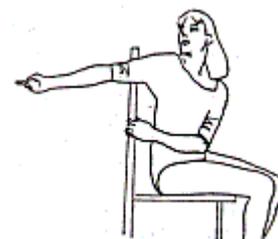
### Ejercicios para la práctica diaria

A continuación se ofrecen una serie de ejercicios para la práctica diaria facilitados por la Asociación Cordobesa de Enfermos afectados de Espondilitis (ACEADE).



1. Póngase de pie, con los talones y los glúteos contra la pared y el mentón metido. Incline la cabeza hacia atrás hasta tocar la pared y sosténgala hasta contar 5. Descanse. Repítalo 10 veces.

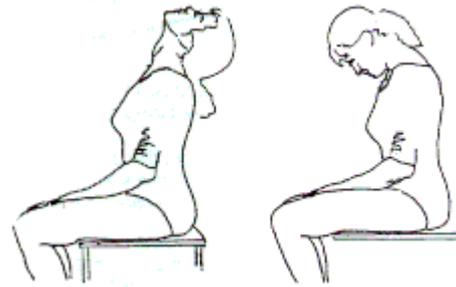
2. Siéntese en una silla rígida (en forma de L). Coja, con la mano derecha, por delante del pecho, el lado izquierdo de la silla. Extienda el brazo izquierdo por delante y después gírelo hacia la izquierda, llevándolo horizontalmente tan atrás como pueda y gire la cabeza hasta mirar por encima del hombro izquierdo; aguante esta posición. Después, empuje y gire un poco más; aguante esta posición y, a continuación, vuelva a la posición frontal. Repítalo 3 veces con cada brazo.



3a. Siéntese con los hombros relajados y el mentón metido, mirando al frente. Incline la cabeza de lado hasta acercar al máximo la oreja derecha al hombro derecho; aguante la posición. Asegúrese que los músculos del hombro aún están relajados e inclínese un poco más. Después, vuelva a la posición vertical. (Cuando efectúe la inclinación lateral, el perfil de la nariz debe continuar en el mismo sitio, para asegurarse que no gira la cabeza). Repítalo 2 veces con cada lado.

3b. Incline la cabeza hacia atrás como recorriendo con la mirada la pared y el techo. Vuelva la cabeza a la posición vertical. Repítalo.

Ahora cambie e incline la cabeza hacia delante tanto como pueda hasta que el mentón toque el cuello. Vuelva a la posición vertical con el mentón metido. Repítalo.

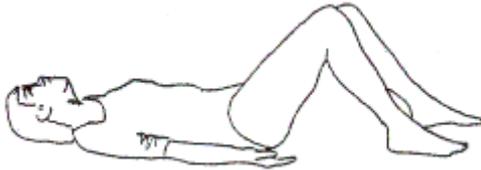


4. Acostado sobre la espalda, con las rodillas flexionadas y los pies planos sobre el suelo, a) Ponga las manos sobre las costillas a la altura de los costados del pecho. Inspire profundamente por la nariz y espire por la boca empujando las costillas contra las manos mientras inspira. Repítalo 10 veces. (Recuerde que es tan importante espirar a fondo como inspirar profundamente). b) Póngase las manos sobre la parte superior del pecho. Inspire profundamente por la nariz y después espire todo lo que pueda por la boca. Empuje las costillas hacia arriba contra las manos, mientras inspira. Repítalo 10 veces.

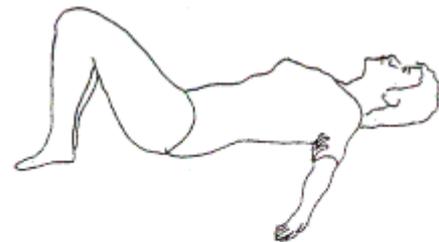


5. Continúe acostado sobre la espalda con las rodillas flexionadas hacia arriba. Levante la cadera de manera que los glúteos no toquen el suelo y forme una línea recta desde los hombros hasta las rodillas.

Sostenga esta posición hasta contar cinco y baje. Repítalo 5 veces.



6. Continúe acostado sobre la espalda con las rodillas flexionadas hacia arriba y los pies sobre el suelo, levante los brazos por el suelo, de lado, hasta la altura del hombro. Con las rodillas juntas, tuérzalas hacia la derecha, intentando coger la parte exterior de su muslo derecho más cercano al suelo. Repítalo hacia la izquierda. Repítalo 9 veces.

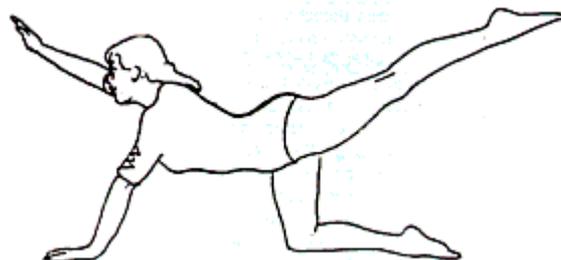


7. Acuéstese boca abajo, con la cabeza vuelta hacia un lado y las manos pegadas a los lados (si lo necesita, puede ponerse un cojín debajo del pecho, pero no debajo de la cintura, para estar más cómodo). a) Levante una pierna del suelo, aguantando la rodilla recta y asegurándose que el muslo se levanta del suelo. Repítalo 5 veces con cada pierna. b) Levante la cabeza y los hombros del suelo todo lo que pueda. Repítalo 10 veces.





8. Arrodílese en el suelo "a cuatro patas". Extienda el brazo y la pierna opuestos paralelamente al suelo y sosténgalos así hasta contar diez. Bájelos y después repítalo con el otro brazo y pierna. Repítalo 5 veces con cada lado.



9. Todavía "a cuatro patas", encorve la espalda y doble el cuello hacia abajo de manera que mire a la parte delantera de los muslos. Luego tense los brazos de modo que no los doble por los codos. Levante la cabeza y allane o meta la espalda hacia abajo. (La parte delantera de las costillas hacia abajo y las nalgas hacia arriba). Repítalo lentamente y a fondo 9 veces.

Mantener la actividad deportiva es muy beneficioso para el paciente. La natación permite ejercitar todos los grupos musculares y aumentar la capacidad respiratoria.

### Conclusiones

Para acabar, advertir, una vez más, sobre la importancia de acudir a al Fisioterapeuta para realizar el tratamiento programado. Que las personas que traten a estos pacientes sean profesionales universitarios, con un título homologado por el Ministerio, con unos conocimientos amplios sobre la enfermedad. Evitar ser engañados por psedosanitarios, que sin una formación específica y muchas veces sin conocer bien lo que realizan, produce un daño mayor del que ya sufre el paciente.

Para más información:

· Asociación Cordobesa de Enfermos Afectados de Espondilitis.

www.espondilitis.info · Harrison.- Medicina interna: La prensa Médica Mexicana, Volumen II, 1973, 2185-6.

©www.efisioterapia.net - portal de fisioterapia y rehabilitacion