

Revista Mexicana de
Medicina Física y Rehabilitación

Volumen
Volume **16**

Número
Number **4**

Octubre-Diciembre
October-December **2004**

Artículo:

**Rehabilitación en espondilitis
anquilosante. Monografía**

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Rehabilitación en espondilitis anquilosante. Monografía

Gustavo Bocca Peralta*

RESUMEN

La espondilitis anquilosante en los últimos años ha dejado de ser tan infrecuente, y sus consecuencias en cuanto a las secuelas de discapacidad son importantes desde el punto de vista funcional y social para el individuo que la padece. Por lo tanto, el papel que desempeña la rehabilitación en las personas que tienen esta patología, cada día tiene más vigencia; por lo tanto, es necesario recordar los pasos que se deben seguir para establecer un buen plan de rehabilitación, y en este artículo revisaremos parte de su clínica, la valoración funcional y rehabilitación integral.

Palabras clave: Rehabilitación, espondilitis anquilosante.

ABSTRACT

Ankylosing spondylitis during the last years has stopped being so infrequent and its consequence concerning disability problems are important from a functional-social point of view for the subject who suffers from this problem. Therefore, the role achieved by rehabilitation in those people have this pathology, every day is getting more applicable; consequently it is necessary to remember all steps to be followed in order to establish a good rehabilitation plan. We will review part of its symptoms, functional valuation and total rehabilitation.

Key words: Rehabilitation, ankylosing spondylitis.

CONCEPTO E HISTORIA

La espondilitis anquilosante es un trastorno inflamatorio de etiología desconocida, que afecta primordialmente la columna vertebral, el esqueleto axial y las grandes articulaciones proximales del cuerpo. Afecta más a hombres jóvenes que a mujeres, teniendo prevalencia entre la segunda y cuarta década.

El término espondilitis se deriva de la palabra griega spondylos. Que significa vértebra. En esqueletos humanos de 5000 años de antigüedad se han encontrado alteraciones patológicas que concuerdan con los datos de la espondilitis anquilosante. Esta enfermedad se le consideró por mucho tiempo como parte de la artritis reumatoidea y se le conoció con el nombre de *espondilitis reumatoidea*, enfermedad de Bechterew y enfermedad de Mane-Strumpell, hasta que en 1930 se le reconoció como una entidad totalmente independiente¹.

LESIONES ANATOMOPATOLÓGICAS

Pueden ser: Articular y extraarticular².

Las *articulares* pueden ser:

Axiales precoces: Su expresión es la discitis, proceso inflamatorio que afecta el anillo fibroso del disco intervertebral,

además se puede presentar posteriormente la sacroileítis que se inicia en el extremo iliaco de la articulación.

Axiales tardías: Caracterizado por los sindesmofitos.

Periféricas: Similares a las observadas en cualquier poliartritis crónica.

Las lesiones extraarticulares pueden ser:

Entesopáticas: Muestran como alimento característico el entesofito.

Oculares: Hay edema, aumento de la vascularización e infiltrado linfoplasmacitario.

Cardiovasculares: Se manifiestan como aortitis y valvulitis aórtica.

Pulmonares: Lesiones de aspecto nodular en lóbulos superiores, con cavitaciones que pueden ser acúmulos de infecciones.

Neurológicas: Se manifiestan por el síndrome de la cola de caballo o compresiones en cualquier nivel que son de tipo mecánico.

De piel: Lesiones maculares eritematoescamosas que varían en su localización.

Lesiones de mucosas: Lesiones ulcerativas con localización oral, genital o intestinal³.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas las podemos dividir, así como las lesiones anatomopatológicas, en articulares y extraarticulares.

* Instituto Ecuatoriano de Rehabilitación Integral.

Entre las primeras podemos describir la lumbalgia que se manifiesta como dolor de tipo inflamatorio generalmente de localización dorsolumbar, la cual se exacerba con el reposo y calma con el ejercicio y se acompaña con rigidez; además, el paciente presenta disminución de la expansión torácica, lo que le puede traer dificultades respiratorias, puede presentar oligo, mono o poliartritis periférica, con preferencia de la cintura escapular y pelviana y en cuanto a manifestaciones extraarticulares puede presentarse en el paciente con espondilitis anquilosante uveítis anterior de característica unilateral aguda no granulomatosa, a nivel cardiovascular puede haber insuficiencia del anillo valvular y trastornos de la conducción miocárdica, además, a nivel pulmonar, se presenta fibrosis de aparición tardía bilaterales y con tendencia a la cavitación. Neurológicamente pueden haber complicaciones como paraplejías y cuadriplejías, pero a nivel renal se puede presentar la complicación más severa que es la amiloidosis renal que puede llevar a una insuficiencia renal progresiva^{3,4}.

Además de las manifestaciones clínicas anteriormente descritas se establecieron criterios diagnósticos⁵, tales como:

1. Limitación de la movilidad lumbar en los tres planos (flexión, extensión, lateralización);
2. Historia o presencia de dolor lumbar-dorsolumbar o columna lumbar.
3. Limitación en la expansión torácica en inspiración (mayor a 2, 5 cm).
4. Testimonio radiológico de sacroileítis que **abarca los siguientes**:
 - I. Sospechoso.
 - II. Anormalidad mínima: áreas pequeñas y localizadas de erosión y esclerosis, sin alteración de la luz articular.
 - III. Anormalidad moderada: lesiones características de sacroileítis moderadas a severas con una o varias erosiones, esclerosis, ensanchamiento, pinzamiento o anquilosis parcial.
 - IV. Anormalidad grave: anquilosis total.

Cuadro 1. Valoración clínico-funcional

Amnanesis
Valoración por aparatos
Breve historia social
Valoración osteomuscular
Dolor 1-10
Grado funcional 1-2-3-4
Actividades de la vida diaria

Se considera espondilitis anquilosante probable: Criterio radiológico sin alteraciones clínicas.

Espondilitis anquilosante definida:

Sacroileítis grado III o IV y un criterio clínico;

Sacroileítis grado II, III o IV y los criterios clínicos 2 y 3.

REHABILITACIÓN (MANEJO FISIÁTRICO)

Luego de revisada la clínica y los criterios diagnósticos básicos para establecer un programa de rehabilitación para pacientes que padecen esta patología, vamos a revisar lo que debemos hacer cuando estamos frente a un paciente con espondilitis. Lo primero que realizaremos es una valoración clínica funcional (*Cuadro 1*), para establecer el estado clínico y limitación del paciente, sobre lo cual se va a basar el Programa de Rehabilitación que tiene que ser individualizado y personalizado. Dentro de ésta realizaremos una buena amnanesis, una valoración por aparatos, para determinar si existe alguna patología o signo importante que de alguna manera nos cambie el plan de rehabilitación; realizaremos una breve historia social, importante en el paciente con espondilitis, para su futura ubicación laboral de acuerdo con la discapacidad que presente. Haremos hincapié en un examen osteomuscular (*Cuadro 2*), donde valoraremos goniometría, fuerza, tono, amplitud de movimiento y rango articular, además valoraremos el dolor con una medida de 1 a 10 y luego estableceremos el grado funcional⁶. En cuanto a las actividades de la vida diaria, haremos hincapié en este punto, ya que es fundamental para el manejo de estos pacientes; así, se han realizado varias maneras de valorar el estado funcional, pero uno de los más acertados es el que publica la ARA en uno de sus libros (*Cuadro 3*), el cual nos parece una manera sencilla de valorar y monitorear el avance o progreso de estos pacientes en rehabilitación⁷.

Terminado el examen anterior, vamos a hacer un examen específico de estos pacientes, así realizamos:

Balance estático (*Cuadro 4*): En el cual vamos a establecer: peso, estatura, equilibrio de la pelvis y el estado muscular y articular periférico.

Cuadro 2. Examen osteomuscular

Goniometría
Fuerza
Tono
Amplitud de movimiento
Rango articular

Balance dinámico(Cuadro 4): Es decir con el paciente realizando ciertos movimientos y así a nivel dorsolumbar medimos la distancia dedo - suelo, haciendo que el paciente se incline hacia adelante y a los lados para medir en centímetros la distancia de la punta de los dedos hasta el suelo, además medimos el índice de Shober, que consiste en marcar una raya en la espalda del paciente a la altura de su quinta lumbar hacia arriba cinco centímetros, le pedimos que se incline hacia adelante y marcamos la movilidad de su espalda que debe ser arriba de los cinco centímetros.

En la región cervical medimos la distancia mentón - esternón, mentón - acromion, mastoide - esternón y occipucio - pared⁶⁻⁸.

Establecido un examen exhaustivo tanto clínico como funcional, nos planteamos objetivos con respecto al tratamiento y qué es lo que queremos conseguir con este paciente (Cuadro 5).

1. Evitar o disminuir el dolor: Con respecto a este primer objetivo tenemos que establecer si el paciente está en una fase de reagudización de la enfermedad, si es así y existe mucha inflamación, lo que recomendaremos es reposo y crioterapia, hasta que el paciente clínicamente haya superado la fase aguda, luego de esto sí podremos utilizar otros medios de fisioterapia, la cual tiene que ser agresiva, ya que está comprobado que estos pacientes responden de manera excelente a cualquier medio físico; dentro de éstos mencionamos al ultrasonido, un medio físico que genera calor profundo y que produce analgesia en estos pacientes, especialmente cuando refieran lumbalgias severas; otro medio físico recomendado es la diatermia, el indiba, o en su defecto la hidroterapia^{9,10}.

2. Mantener la movilidad articular: Esto lo conseguimos por medio de ejercicios activos fundamentalmente, los cuales van de manera excelente en pacientes con espondilitis anquilosante; esto hay que resaltarlo, ya que los ejercicios son fundamentales en la rehabilitación de estos pacientes. Se recomiendan ejercicios activos de gran amplitud, los

que deben de realizarse de manera intensa, con una gran frecuencia de por lo menos dos veces al día, dependiendo siempre de la condición clínica del paciente. Debemos agregar a estos ejercicios de autoelongación, con el fin de luchar contra las contracturas y retracciones articulares que presentan estos pacientes.

Los ejercicios y técnicas posturales, son también importantes, para prevenir posturas viciosas. En cuanto al tiempo de ejercicio, se estima que debe ser corto, de acuerdo al estado clínico^{9,10}.

Cabe recordar que los ejercicios con pesas están contraindicados en estos pacientes.

Hay que recalcar que existen ciertas zonas articulares en las que hay que poner mayor atención, como en la región cervical en donde realizaremos ejercicios de flexo-extensión, pero con el debido cuidado y siempre con una radiografía previa, ya que en ese sitio son frecuentes las luxaciones atlanto-axoidea, además se realizarán ejercicios para mantener la movilidad de la región dorsolumbar y de las caderas, un ejercicio recomendado es hacer que el paciente se coloque en cuatro y realizar movimientos de su tronco hacia delante y hacia sus talones, luego le pedimos al paciente que levante alternativamente su brazo y piernas contralaterales, todos estos ejercicios tienen la finalidad de aumentar y mantener la movilidad articular de estos pacientes, principalmente en la región de la columna que es un sitio muy afectado^{11,12}.

3. Prevenir la aparición de deformidades: Este punto es fundamental y se le consigue dando indicaciones al paciente, especialmente cuando tiene mucho dolor, evitar posiciones antiálgicas ya que éstas pueden en un futuro traer deformidades articulares, otra forma de prevenir las deformidades es indicando el uso de distintas ortesis, como férulas de reposo que aparte de aliviar el dolor van a disminuir el riesgo de deformidades articulares, el uso de una descarga como un bastón por ejemplo a más de disminuir el dolor, previene que por una marcha antiálgica aparezca una deformidad en miembros inferiores¹¹.

Cuadro 3. Valoración funcional en pacientes con espondilitis anquilosante

1. Puede ponerse las medias o calzado sin ayuda ... imposible
2. Tiene dificultad para tomar un lápiz del piso sin ayuda ... imposible
3. Puede alcanzar algo sin ayuda ... imposible
4. Puede levantarse de una silla sin ayuda en los brazos ... imposible
5. Consigue levantarse del piso sin ayuda
6. Puede estar de pie durante 10 minutos sin molestias ... imposible
7. Puede subir 12 - 13 escalones sin usar el pasamanos, sin ayuda y usando alternativamente cada pie ... imposible
8. Puede ver hacia su hombro sin girar su cuerpo fácil ... imposible
9. Actividades que demandan desgaste físico (ejercicios - deportes) ... imposible
10. Cómo son sus actividades completas en casa y trabajo. Fácil ... imposible

Cuadro 4.

A. Balance estático	
Peso-estatura	
Equilibrio de la pelvis	
Estado muscular y articular periférico	
B. Balance dinámico	
Dorso lumbar \geq	Distancia dedo-suelo Índice de Shober
Cervical \geq	Distancia - mentón - esternón Mentón - acromion Mastoideo - esternón Occipucio - pared

4. Mantener la expansión torácica: Como hemos visto, uno de los problemas que trae la espondilitis es la disminución de la expansión torácica por el compromiso de la columna dorsolumbar, además de las complicaciones pulmonares propias de la enfermedad, debemos indicar ejercicios respiratorios y ejercicios para mantener la elasticidad de los músculos paravertebrales y los involucrados en la respiración, para mantener una función respiratoria óptima, comprometida generalmente en estos pacientes¹³.

5. Concientización de la postura correcta: En este punto haremos hincapié en técnicas posturales para evitar más complicaciones en estos pacientes y se le realiza con educación postural, que consiste en charlas personalizadas con los pacientes.

En los objetivos tratados anteriormente, hemos incluido el tratamiento que se debe dar a los pacientes con espondilitis anquilosante desde el punto de vista de rehabilitación, pero, además de lo especificado anteriormente, no se puede dejar de lado cuando hablamos de rehabilitación algo fundamental que es el mencionar el equipo multidisciplinario, en el cual debe estar además del fisiatra como cabeza de equipo y el terapeuta físico, un psicólogo, un terapeuta respiratorio, una trabajadora social, un ortesista y sobre todo un terapeuta ocupacional, fundamental para recuperación funcional de estos pacientes, ya que ellos a través de técnicas o la confección de adaptaciones permiten que estos pacientes tengan una mejor adaptación a las actividades de la vida diaria.

De todo lo que hemos revisado sobre la rehabilitación de estos pacientes, debemos colegir que si nosotros realizamos un plan correcto e individualizado en cada paciente y si de alguna manera logramos que estos pacientes mejoren su calidad de vida, creo que todos los que estamos involucrados en esto nos podremos quedar tranquilos^{14,15}.

Cuadro 5. Objetivos de la rehabilitación

1. Evitar o disminuir el dolor
2. Mantener la movilidad esquelética
3. Prevenir la aparición de deformidades
4. Mantener la expansión torácica
5. Concientización de la postura correcta

REFERENCIAS

1. Beary J. *Espondilitis Anquilosante. Manual de Reumatología y de Trastornos Ortopédicos Ambulatorios*. Barcelona. Salvat Editores, 1984: 2-15.
2. Maccagno A, Esper R, Mazzei J. *Artropatías Seronegativas*. Biblioteca de Medicina • Reumatología. Buenos Aires. El Ateneo, 1991: 207-211.
3. Beary J. *Espondilitis Anquilosante. Manual de Reumatología y de Trastornos Ortopédicos Ambulatorios*. Barcelona. Salvat Editores, 1964: 218.
4. Stephen T, Wegener. Spondyloarthropathies. Clinical Care in the Rheumatic Diseases. Atlanta - Georgia. *American College of Rheumatology* 1996: 171.
5. Maccagno A, Esper R, Mazzei J. *Artropatías Seronegativas*. Biblioteca de Medicina-Reumatología. Buenos Aires. El Ateneo, 1991: 209-211.
6. Cash, Downie. Espondiloartropatías, Kinesiología en Ortopedia y Reumatología. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana, 1987: 311-317.
7. Stephen T, Wegener. Spondyloarthropathies, Clinical Care in the Rheumatic Diseases. Atlanta - Georgia. *American College of Rheumatology* 1996: 173.
8. Xhardez I. *Espondiloartrosis Anquilosante, Vademécum de Kinesioterapia y de Reeduación Funcional*. Barcelona. El Ateneo, 1993: 403-405.
9. Vitanen JV, Lehtinen K, Suni J, Kantianan H. Fifteen Months' Follow-up of intensive inpatient. Physiotherapy and Exercise in Ankylosing Spondylitis. *Clin Rheumatol* 1995; 14(4): 413.
10. Templeton MS, Booth DL, O'Keefe WD. Effects of Aquatic therapy on Joint flexibility and Functional ability in Subjects with Rheumatic Disease. *J Orthop Sports Phys Ther* 1996; (6): 376-81.
11. Keusen, Kottke, Lehmann. *Rehabilitación en la artritis y trastornos relacionados*. Medicina Física y Rehabilitación. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 1993: 734-736.
12. Vander W, Bellamy N, Calin A. Preliminary Care sets for end points in Ankylosing Spondylitis. Assessments in Ankylosing Spondylitis working group. *J Rheumatol* 1997; (115): 2225-9.
13. Maccagno A, Esper R, Mazzei J. *Rehabilitación en Reumatología*. Biblioteca de Medicina - Reumatología. Buenos Aires. El Ateneo, 1991: 310.
14. Fellmann J, Kissling R, Baumberger H. Socio-Professional Aspects of Ankylosing Spondylitis in Switzerland. *Z Rheumatol* 1996; 55(2): 105-13.
15. Deuster. *Exercise in the prevention and treatment of Chronic Disorders*. Women's Health - Issues, 1996; 6(6): 320-31.

Domicilio para correspondencia:
Dr. Gustavo Bocca Peralta
Ave. Plaza Dañín y Nicasio Safadi
(FAE Mz. 32 Villa # 17)
Teléfono: 2398286 - 2397416
E-mail: gwbocca@hotmail.com