

## Análisis de un caso de espondilitis anquilopoyética

### Analysis of a Case Ankylopoietic Spondylitis

Lilia Fernández Fondín<sup>1</sup>  
Yamile Heredia Mancebo<sup>1</sup>  
Marta Chacón Calunga<sup>1</sup>  
Yuneisys Coronados Valladares<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Nacional de Rehabilitación Hospital "Julio Díaz". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

La espondilitis anquilopoyética es una enfermedad inflamatoria, crónica y autoinmune que afecta fundamentalmente la columna vertebral y articulaciones sacroilíacas; progresa hacia la rigidez, anquilosis y discapacidad. El objetivo es mostrar el tratamiento de un paciente con 6 años de evolución de espondilitis anquilopoyética atípica que tiene deformidad en la flexión de ambas rodillas, con toma periférica, procedencia rural. El tratamiento médico irregular le ocasionó deformidad en flexión de ambas rodillas, pese al método fisioterapéutico empleado. Como la toma articular no tuvo remisión, la intervención quirúrgica para corregir la deformidad se realizó en dos momentos (tenotomía de flexores de rodilla y desinserción de la cápsula posterior a nivel de los cóndilos femorales). Después se implementó un programa de rehabilitación. Este caso evolucionó satisfactoriamente y mejoró su calidad de vida porque fue eficaz la implementación de ambos procedimientos terapéuticos.

**Palabras clave:** Espondilitis anquilopoyética; tenotomía; rehabilitación.

---

#### ABSTRACT

Ankylopoietic spondylitis is an inflammatory, chronic and autoimmune disease that mainly affects the spine and sacroiliac joints. It evolves towards rigidity, ankylosis and disability. The objective is to discuss the treatment of a patient with 6 years of

evolution of atypical ankylosing spondylitis suffering deformity in flexion of both knees, peripheral involvement. This patient is from rural areas. The irregular medical treatment caused deformity in flexion of both knees, despite the physiotherapeutic method used. As the joint involvement had no remission, surgical intervention to correct the deformity was performed in two moments (tenotomy of knee flexors and disinsertion of the posterior capsule at the level of the femoral condyles). Then rehabilitation program was implemented. This case progressed satisfactorily and his quality of life improved because of the implementation of both therapeutic procedures was effective.

**Keywords:** Ankylopoietic spondylitis; tenotomie; rehabilitation.

---

## INTRODUCCIÓN

La espondilitis anquilopoyética es una espondiloartropatía autoinmune seronegativa que se caracteriza por una artritis inflamatoria crónica dolorosa. Durante su evolución afecta fundamentalmente la columna vertebral y las articulaciones sacroiliacas, lo que trae como consecuencia rigidez y anquilosis. Sus antecedentes históricos datan desde períodos geológicos remotos donde se observó en dinosaurios osificación del ligamento amarillo y neoformación ósea. Tales hallazgos indican que puede haberse tratado de una espondilitis anquilopoyética como plantean las hipótesis sobre la evolución de la especie humana que ubican su origen en África, pues en estudios de momias egipcias se han encontrado lesiones óseas que parecen corresponder a esta patología.<sup>(1,2)</sup>

Las primeras manifestaciones de la enfermedad se desarrollan lentamente y alternan períodos de actividad normal con episodios de dolor crónico y rigidez en la espalda baja y caderas. Dichos brotes tienen la peculiaridad de presentarse después del descanso o en momentos de inactividad.

La inflamación puede causar que los huesos se fusionen o crezcan unidos, por lo que cuello y espalda pierden su flexibilidad normal e incluso pueden limitar la expansión normal del tórax y dificultar la respiración.<sup>(3)</sup>

Por lo general se afecta la columna vertebral y articulaciones sacroiliacas, pero puede asociarse a complicaciones y tomar articulaciones periféricas que comprometen su pronóstico (caderas, rodillas, tobillos).

A nivel de rodillas, por lo general, tiene un inicio unilateral y asimétrico. Pueden presentarse cambios histológicos con sinovial engrosada. Son frecuentes las entesopatías como entesitis, quistes sinoviales y trocanteritis.<sup>(1,2)</sup>

Su incidencia se reporta en todo el planeta, con una prevalencia aproximada de 2 casos por cada 100 000 habitantes. Según estudios realizados con donantes de sangre, se calcula que el 1,9 % de la población alemana padece la enfermedad.<sup>(4)</sup>

La espondilitis anquilopoyética afecta más al sexo masculino, con una relación de 5:2.

---

Suele presentarse entre la segunda y tercera décadas de vida; y muy raras veces después de los 40 años. Su diagnóstico está estrechamente relacionado con el antígeno HLA-B27, encontrado en casi el 90 % de los casos.<sup>(4)</sup>

La medicina clásica utiliza diferentes fármacos para combatir la enfermedad, entre ellos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como la indometacina, y los antirreumáticos o inductores de remisión para frenar el proceso inflamatorio como la azulfidina y el metotrexate.<sup>(5,6,7)</sup>

La enfermedad tiene un curso crónico, progresivo hacia la discapacidad, con una importante repercusión psicológica, social y económica. Es por eso que la rehabilitación temprana en estos pacientes juega un papel meritorio para el mejoramiento de la calidad de vida y la integración social. Para prevenir complicaciones físicas se recomienda en el tratamiento postural y la gimnasia anaeróbica. El paciente espondilítico debe entender y aceptar que el tratamiento no es curativo. Por esos necesitará de autodisciplina toda la vida y adoptar estilos de vida normales con un mínimo de ajustes.<sup>(8)</sup>

El objetivo del artículo es mostrar con la presentación del caso el tratamiento de un paciente afectado con espondilitis anquilopoyética, toma de articulaciones periféricas y el resultado obtenido con la cirugía correctora y la rehabilitación.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

**Motivo de ingreso:** El paciente no puede mover las rodillas.

**Historia clínica:** Paciente masculino de 40 años de edad que hace 6 años se le diagnosticó espondilitis anquilopoyética. Se recogió la historia de dolor asimétrico en ambas rodillas, con rigidez y limitación de los movimientos. Se medicaba con AINE y azulfidina, pero los síntomas progresaron hasta llegar a una deformidad en el flexum de ambas rodillas, que le impedía extenderlas.

Eso le provocó trastornos de la bipedestación y la marcha, por lo que el paciente acudió al Centro Nacional de Rehabilitación Hospital "Julio Díaz", donde se evalúa por el servicio del sistema osteomioarticular, se interconsulta por reumatólogo y se realizan estudios radiográficos y hematológicos que corroboran el diagnóstico.

Por la gravedad de la deformidad, se decidió remitir al servicio de rodilla del Hospital Ortopédico "Frank País", donde se lleva a cabo una primera intervención quirúrgica (artroscopia). Con ese proceder y la rehabilitación se obtiene poca mejoría clínica; luego se realiza un segundo acto quirúrgico en ambas rodillas en 2 tiempos: la izquierda el 02/03/2016 y la derecha 04/04/2016. Se hizo elongación de los tendones isquiotibiales posteriores y desinserción de la cápsula posterior a nivel de los cóndilos femorales; con una inmovilización en extensión.

Se les retiró inmovilización a los 20 días de operado y se ingresa el 30/4/2016 en el servicio del sistema osteomioarticular del Centro Nacional de Rehabilitación Hospital "Julio Díaz" para continuar la rehabilitación.

- Antecedentes patológicos personales: Frecuentes infecciones respiratorias agudas

- Antecedentes patológicos familiares: padre con cardiopatía isquémica
- Hábitos tóxicos: No presenta
- Traumatismo: Caídas frecuentes

#### Examen físico inicial:

- Ligera deformidad cifótica (Test de Shober positivo: disminuido)
- Dolor a nivel de ambas rodillas con Escala Visual Analógica en 5 puntos
- Limitación articular a los movimientos de extensión en ambas rodillas
- Hipotrofia de ambos cuádriceps
- Desplazamiento en silla de ruedas, logra bipedestación con ayuda
- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): dificultad para vestirse, asearse, bañarse y caminar. Índice de Barthel en 65 puntos
- Aspecto psicosocial: Afronta de manera inadecuada la discapacidad (sobrestimación). Sufre labilidad emocional, tristeza, miedo, desesperanza, sentimiento de minusvalía. Tiene poco apoyo familiar, peritado con condiciones económicas desfavorables, no barreras arquitectónicas
- Mensuraciones de cuádriceps femoral: derecho: a 20 cm: 50 cm, a 30 cm: 43 cm; izquierdo: a 20 cm: 51 cm; a 30 cm: 46 cm
- Goniometría de rodillas: flexión derecha: 85°, izquierda: 80°; extensión derecha: 155°, izquierda: 160°
- Radiografía simple de columna dorso-lumbar: antero posterior (AP) y lateral: Se observan alteraciones radiológicas con cifosis de la columna dorsal de 40°, en la columna lumbar rectificación de la lordosis con tendencia a la cifosis, con una deformidad en flexión de la columna dorsolumbar. Esclerosis de toda la columna posterior con fusión de las articulares desde T4 al sacro. Disminución de la densidad ósea a nivel de cuerpos vertebrales, aunque no se observa la típica imagen en caña de bambú
- Radiografías de ambas rodillas AP y lateral: Se aprecia disminución de los espacios articulares de ambos compartimentos con esclerosis y signos de osteoporosis periarticular. No presenta erosiones articulares ni quistes óseos (Fig. 1)
- Ultrasonido de partes blandas: Presencia de sinovitis crónica bilateral de ambas rodillas con proliferación sinovial, quiste poplíteo de rodilla izquierda y signos de tendinitis de rodilla izquierda



**Fig. 1.** Estrechamiento de la superficie articular.

### **Programa de rehabilitación:**

La enfermera y el fisioterapeuta realizaron una rehabilitación individualizada en este paciente. Las sesiones fueron diarias con dos ciclos de tratamiento.

1. Orientación psicológica
2. Orientación profesional
3. Orientaciones generales para el hogar
4. Medidas de enfermería de rehabilitación:
  - Orientación del tratamiento postural (corregir postura en diferentes posiciones, evitar el encorvamiento)
  - Orientar el tratamiento higiénico-dietético para evitar el sobrepeso
  - Brindar apoyo psicológico
5. Tratamiento con agentes físicos y naturales:
  - Magnetoterapia
  - Electroterapia
  - Hidroterapia
  - Medicina Natural y Tradicional
  - Ozonoterapia
6. Tratamiento cinesiológico que consistió en:
  - Masajes y ejercicios de estiramientos para la columna (corregir hiperlordosis)
  - Ejercicios isocinéticos para los miembros inferiores
  - Ejercicios fortalecedores para los miembros superiores
  - Entrenamiento para las ABVD
  - Entrenamiento para la marcha (Fig. 2)

### **Evolución fisiátrica en 60 días:**

- Mejoría clínico-funcional
- Disminuyó el dolor en 2 puntos tras aplicar la Escala Visual Analógica
- Mejoría de la movilidad articular; ampliando en arco articular, sobre todo la extensión
- Marcha funcional sin apoyo
- ABVD: Independiente. Índice de Barthel en 100 puntos
- Aspecto psicológico: Paciente con una percepción adecuada de su enfermedad. Se mostró cooperativo durante toda la fase de rehabilitación. Manejó adecuadamente los aspectos de esperanza-desesperanza
- Logra la bipedestación independiente con flexión de ambas rodillas y ligero genu varus (Fig. 3 y 4)
- Mensuraciones de cuádriceps femoral: derecho: a 20 cm: 51 cm, a 30 cm: 44 cm; izquierdo: a 20 cm: 53 cm; a 30 cm: 48 cm
- Goniometría de rodillas: flexión derecha: 100°, izquierda: 170°; extensión derecha: 90°, izquierda: 175°



**Fig. 2.** Entrenamiento de la marcha. Fase 2: Coordinación simple.



**Fig. 3.** Bipedestación independiente.



**Fig. 4.** Flexión de ambas rodillas y ligero genu varus.

## DISCUSIÓN

Entre los pioneros en la investigación de la espondilitis anquilopoyética están Wladimir Bechterew, Pierre Marie, André Leri y Adolf von Strümpell. Desde el punto de vista clínico describieron la enfermedad como dolores de espalda acompañado de rigidez matutina y limitación de los movimientos.<sup>(9)</sup>

Sin embargo, es de interés de los investigadores reportar al paciente como un caso de espondilitis anquilopoyética a pesar de presentar ligera limitación de columna lumbar, pues la sintomatología predominante era la limitación para extender ambas rodillas (deformidad en flexum). Esto lo limitaba para caminar y realizar las ABVD, incluso lo afectaba psicológicamente.

Tal como se ha registrado en la literatura médica, entre quienes padecen esta enfermedad predominan los de sexo masculino con una edad promedio de 40 años.<sup>(1,5,9,10)</sup> La tenotomía transarticular (elongación de los tendones isquiotibiales posteriores y desinserción de la cápsula posterior a nivel de los cóndilos femorales) es un procedimiento bien establecido para realizar la corrección y manejar la deformidad de flexum de rodilla provocada por artritis anquilosante.<sup>(11)</sup>

Se alcanzó la corrección planificada de la deformidad, lo que valida la utilización de la técnica quirúrgica empleada para estos casos. También se hizo un abordaje rehabilitador individualizado con un objetivo bien definido según la fase en que estaba el paciente. Esto permitió tratar, en gran medida, las limitaciones funcionales.<sup>(11)</sup>

Algunos autores le dan gran importancia al trabajo de la enfermera de rehabilitación sobre todo en la fase aguda de la enfermedad.<sup>(10,11,12)</sup>

La literatura científica revisada no reporta ni un solo caso de espondilitis anquilopoyética, con afectación de ambas rodillas, al que se le haya aplicado este proceder quirúrgico. Sin embargo, sí se ha escrito sobre otras técnicas quirúrgicas de corrección de deformidad en otros segmentos corporales.<sup>(11)</sup>

El tratamiento postural en la prevención de deformidades evita el desarrollo de posturas incorrectas y antálgicas. Se recomendó adoptar posturas adecuadas en posición de sentado, de pie y acostado. En esta última posición se sugirió permanecer en decúbito prono de 2 a 3 horas diarias para evitar flexos de cadera y rodillas. Además, se le enseñó cómo levantarse correctamente de la cama o de un asiento.<sup>(12)</sup>

Como factor desfavorable durante el proceso rehabilitador estuvo el aspecto psicosocial del paciente (quien procede de una zona rural, con poco apoyo familiar y trastornos emocionales importantes). Durante su evolución satisfactoria se logró una recuperación funcional y un mejoramiento de la calidad de vida.

Las enfermedades reumáticas producen afectaciones en el paciente debido a la acción del proceso inflamatorio sobre el cartílago y las estructuras periarticulares y el estrés oxidativo que generan deformidades, limitaciones y discapacidad.

Si se quiere lograr un envejecimiento satisfactorio se deben tomar medidas sanitarias y asistenciales para prevenir e identificar tempranamente los síntomas discapacitantes, y contribuir así a mitigar los efectos negativos de la discapacidad y reducir el índice de morbilidad.<sup>(13,14,15)</sup>

## CONCLUSIONES

La cirugía reparadora y las modalidades fisioterapéuticas utilizadas en el paciente mostraron ser eficaces. La hidroterapia y el ejercicio fueron los pilares fundamentales en la rehabilitación. Se mejoró la calidad de vida y la autoestima del paciente, incluso se logró su reinserción socio-laboral.

### Conflicto de intereses

Las autores declaran que no firmaron ningún acuerdo por el que recibieran beneficios u honorarios y que ninguna entidad comercial pagó a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que están afiliados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanhueza A, Prieto JC, Weisz J, Leiter Herrán F, Soto S, Chiang F, Luis Lira S. Espondiloartritis anquilosante: revisión de hallazgos imagenológicos en la columna. Rev. Chil. Radiol [Internet]. 2016 [citado 21/12/2017]; 22(4): [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchradiol/v22n4/art07.pdf>
2. Porro Navarro J, Estévez Pereira A, Rodríguez García A, Suárez Martín R, González Méndez G. Guía para la rehabilitación de la espondilitis anquilosante. Rev Cub

Reumatol [Internet]. 2014 [citado 21/12/2017]; 16(2):245-52. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-59962014000200011&script=sciabstract>

3. González Rodríguez M, Guerra Soto AdJ, Corona Sánchez EG, Rocha Muñoz AD, Díaz González EV, González López L. Espondilitis anquilosante. Conceptos generales. El Residente [Internet]. 2013 [citado 21/12/2017]; 8(3): 106-13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2013/rr133d.pdf>

4. Castro Santos P, Gutiérrez MA, Díaz Pena R. Genetics of ankylosing spondylitis. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2014 [citado 21/12/2017]; 142(9): 1165-73. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000900011&script=sci\\_abstract](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000900011&script=sci_abstract)

5. Solís Cartas UI, Morejón Gómez JA, Armas Hernández A. Espondilitis anquilosante y enfermedad de Von Recklinhausen. Una asociación infrecuente. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2014 [citado 21/12/2017]; 16(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v16n2/rcur10214.pdf>

6. Marín J, Catay E, Bravo M, Navarta D, Zacariá J, Rosa J, Ruta S. Sacroileítis en pacientes con espondiloartritis: ¿qué rol juega la ecografía? Rev Arg Reumatol [Internet]. 2016 [citado 21/12/2017]; 27(2): 30-4. Disponible en: [http://revistasar.org.ar/revistas/2016/n2/4\\_actualizacion.pdf](http://revistasar.org.ar/revistas/2016/n2/4_actualizacion.pdf)

7. Ugarte Gil MF, Acevedo Vásquez EM, Alarcón, GS. Terapia biológica en enfermedades reumatológicas [Internet]. 2013 [citado 21/12/2017]; 24(2): 141-55. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n2/v24n2r1.pdf>

8. Annia Daisy Hernández Martín, Ibars Puerto Noda, Omar Morejón Barroso, Sandra Nancy Méndez Rodríguez. Guía clínica para la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas. Medisur. 2017 [citado 21/12/2017]; 15(1): [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms18115.pdf>

9. Altan L, Korkmaz N, Dizdar M, Yurtkuran M. Effect of Pilates training on people with ankylosing spondylitis. Rheumatol Int [Internet]. 2011 [citado 21/12/2017]. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/749p10n11u21866n/fulltext.pdf>

10. Casals Sánchez JL, García De Yébenes Prous MJ, María Jesús MÁ, Barrio Olmos JM, Carmona Ortells L, Hernández García C. Características de los pacientes con espondiloartritis seguidos en unidades de Reumatología en España. Estudio emAR II Reumatología Clínica [Internet]. 2012 [citado 21/12/2017]; 8(3). Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/caracteristicas-los-pacientes-con-espondiloartritis/articulo/S1699258X12000538/>

11. Sánchez González MD. Espondiloartritis y su relación con las fracturas vertebrales y la densidad mineral ósea [Tesis doctoral]. Salamanca-España: Universidad de Salamanca [Internet]. 2016 [citado 21/12/2017]; [aprox. 89 pantallas]. Disponible en: [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128814/1/DME\\_SánchezGonzálezMD\\_Espondiloartritisrelaciónfracturas.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128814/1/DME_SánchezGonzálezMD_Espondiloartritisrelaciónfracturas.pdf)

12. Casas Figueredo N, Vidal Rojas J, Pérez Campos D, Castell Pérez C, Gutiérrez Rojas Á. Capacidad funcional y factores asociados en pacientes con espondilitis anquilopoyética. Rev Cub de Med [Internet]. 2013 [citado 21/12/2017]; 53(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232014000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000100006)

---

13. Solís Cartas U, Hernández Cuéllar I, Prada Hernández D, De Armas Hernández A. Evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis. Rev Cub de Reumatol [Internet]. 2014 [citado 21/12/2017]; 16(1): [aprox. 10 pantallas]. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/299>

14. Hernández Martín AD, Puerto Noda I, Falcón Hernández A, Morejón Barroso O, González Andreu D. Rehabilitación integral del paciente reumático. Rev Cub de Reumatol [Internet]. 2014 [citado 21/12/2017]; 16(1). Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubreu/cre-2014/cre141c.pdf>

15. Martín Nares E. Espondiloartritis: clasificación y algoritmo diagnóstico. Revista Médica MD [Internet]. 2014 [citado 21/12/2017]; 6(1). Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2014/md141s.pdf>

Recibido: 26/02/2018

Aprobado: 04/03/2018

*Lilia Fernández Fondín*. Correo electrónico: [liliaff@infomed.sld.cu](mailto:liliaff@infomed.sld.cu)