

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
PRÓLOGO.....	2
ASOCIACIÓN JIENENSE DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	3
LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.....	4
INTRODUCCIÓN	4
DEFINICIÓN	5
¿CÓMO SE MANIFIESTA LA EA?.....	5
PROCESO DE LA ENFERMEDAD	6
¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD?	7
¿A QUIENES AFECTA LA EA?.....	8
¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA EA?	8
AFECIONES RELACIONADAS CON LA EA.....	9
ESTADO FÍSICO DEL ENFERMO DE EA.....	10
ESTADO PSÍQUICO DEL ENFERMO DE EA	10
ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA EA	12
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA EA	13
TRATAMIENTO.....	13
TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN.....	14
LA REHABILITACIÓN EN LA EA.....	14
TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS DE LA EA.....	15
HIDROTERAPIA Y TERMOTERAPIA	15
BALNEARIOS	15
LA TALASOTERAPIA	16
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LA EA.....	18
EL DESCANSO EN LOS AFECTADOS DE EA	18
LA ALIMENTACIÓN EN LA EA.....	19
EL TRABAJO	20
LA CONDUCCIÓN	20
LAS MUJERES Y LA ESPONDILITIS	21
VIDA SEXUAL	21
MINUSVALÍA E INCAPACIDAD	22
EPÍLOGO	23
UNA LLAMADA A LA ESPERANZA.....	23

PRÓLOGO

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad muy antigua; se han visto lesiones típicas en una momia egipcia que vivió hace más de 8000 años. Pero no es hasta 1691 que el irlandés Bernard Connor describe, "... un tronco de esqueleto humano, donde las vértebras, las costillas, el sacro y los ilíacos, que naturalmente son distintos y separados, no forman más que un solo hueso continuo e inseparable...", por primera vez las secuelas de la enfermedad.

A finales del pasado siglo, Strümpell, von Bechterew y, sobre todo, Pierre Marie realizan una descripción clínica y evolutiva de la EA. Pese a que éste último ya la separa de la Artritis reumatoide, en los países anglosajones no se considera como una enfermedad diferente hasta los años sesenta.

En 1931 Krebs describe las alteraciones radiológicas típicas, especialmente la afectación sacroilíaca, y en 1950 Forestier y Rotés individualizan la Hiperostosis vertebral con la que hasta entonces se confundía.

En 1973, de forma independiente, Brewerton en Gran Bretaña y Schlosstein en Estados Unidos, descubren la asociación de la enfermedad con el antígeno de histocompatibilidad B27 en más del 90% de los casos, hecho que no sólo ha permitido comprender mejor la misma sino que ha facilitado la apertura de nuevas vías de investigación terapéutica que prometen poder prevenir y controlar su evolución en un futuro no muy lejano.

El aprendizaje reumatológico al lado de una de las personas que han contribuido de forma tan importante al conocimiento de la EA, el Profesor Rotés Querol, me han hecho sentir en la ya larga trayectoria profesional, una especial predilección por esta enfermedad y, consecuentemente, por quienes la padecen. Estoy orgulloso de contar entre mis buenos amigos a varios de mis pacientes con EA y sin temor a equivocarme puedo afirmar que son personas de una calidad humana difícilmente superable.

Hace muchos años leí un estudio en el que se comparaba la capacidad intelectual de un grupo de pacientes con EA, con otro formado por portadores de otros procesos donde claramente destacaban los espondilíticos, y no me sorprende porque, en general, son personas inquietas, con deseos de aprender de todo, aunque de manera especial sobresale el interés por conocer su enfermedad, sus posibles problemas y cómo evitarlos, cómo evoluciona la investigación etc. y por encima de todo tienen un gran sentido de la solidaridad.

Creo que esta Guía del Paciente es una muestra evidente de lo dicho anteriormente. La Asociación Jienense de Espondilitis Anquilosante ha realizado un trabajo cuidadoso para facilitar a sus asociados y a otras asociaciones una información amplia y al mismo tiempo ajustada de su enfermedad, así como de las pautas terapéuticas imprescindibles para su mejor control posible. Sin duda, han buscado los asesores adecuados para esta realización, por lo que no dudo que será un éxito. Enhorabuena.

Vigo, 6 de Abril de 1999

José L. Ferreiro Seoane

Reumatólogo, miembro de la Sociedad Española de Reumatología y del American College of Rheumatology

ASOCIACIÓN JIENENSE DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

La mayoría de los miembros de **AJEA** padece espondilitis anquilosante y, en su experiencia, ha sufrido la ansiedad e incertidumbre del dolor y de múltiples pruebas complementarias que precedieron el diagnóstico definitivo, a veces demorado durante largos años. Hemos elaborado esta guía para facilitar, a todos los afectados, el conocimiento de la naturaleza, los métodos diagnósticos, la evolución, el pronóstico y los tratamientos de la espondilitis anquilosante. La exposición de los diversos puntos que integran esta guía ha procurado ser sencilla y clara, explicándose todo término técnico cuya comprensión pudiera ofrecer dudas.

AJEA

La Asociación Jienense de Espondilitis Anquilosante nace en Jaén, tras una serie de reuniones, comisiones de trabajo, elaboración de estatutos, etc., quedando inscrita en la Delegación del Gobierno en el Registro Provincial de Asociaciones en la sección 1ª con el número 2.808.

Esta Asociación está formada por personas que padecen espondilitis anquilosante, familiares, amigos y colaboradores. Su común objetivo consiste en paliar los efectos del proceso, lograr mejor calidad de vida y contribuir a buscar soluciones conjuntamente con los profesionales implicados en la atención de la enfermedad: médicos (reumatólogos, rehabilitadores, cirujanos, ortopédicos, traumatólogos), personal de enfermería y fisioterapeutas.

La medicación, en especial los analgésicos y los antiinflamatorios, tiene un importante papel en el control de los síntomas, pero es insuficiente para mantener la movilidad de las articulaciones involucradas en el proceso inflamatorio. El adecuado manejo de la espondilitis anquilosante requiere la colaboración de todos: enfermos, familiares, personal sanitario asistencial y autoridades sanitarias.

Si quieres ponerte en contacto con nosotros puedes dirigirte a:

AJEA

Apartado de Correos 101
23080 Jaén

Presidente: Miguel Cabezas Melgarejo. Tfno. 610-860810

Secretario: Juan Luis Kayser Zapata. Tfno. 953-259090

Tesorero: Diego M. Fernández Sánchez. Tfno. 696-108772

AJEA:

- Miembro de **LIRE** (Liga reumatológica Española).
- Miembro de **ASIF** (Federación Internacional de Espondilitis Anquilosante).
- Perteneciente a: **Coordinadora Nacional** de Asociaciones de Espondilitis.

LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

INTRODUCCIÓN

La comprensión de los aspectos básicos de la EA requiere un breve y conciso repaso a la anatomía de la **columna vertebral**, también denominada **raquis**.

1. ANATOMÍA.

La columna vertebral es un largo tallo óseo, situado en la línea media de la parte posterior del tronco que, además de servir de apoyo a múltiples músculos y vísceras, protege la médula espinal, a través de la cual se intercomunican el cerebro y las restantes estructuras corporales.

El raquis está formado por la aposición de 33 ó 34 huesos de morfología cilindroide (**vértebras**), unidos en su parte anterior por **discos intervertebrales** (*figura 1*) que actúan como amortiguadores de las presiones que se generan con el movimiento. La columna vertebral se divide arbitrariamente, de arriba hacia abajo, en 4 porciones:

- cervical (7 primeras vértebras)
- dorsal (12 vértebras)
- lumbar (5 vértebras)
- sacrococcígea (9 ó 10 últimas vértebras)

Las vértebras sacras (5) y coccígeas (4 ó 5) situadas ya en la zona pélvica, están soldadas entre sí. El **75%** de la longitud de la columna corresponde a las vértebras y el **25%** restante a los discos. El sacro, con forma de pirámide, se une a cada lado con el más grande de los huesos de la pelvis, el ilíaco, formando las articulaciones sacroilíacas (*figura 2*).

fig. 1

fig. 2

2. BIOMECÁNICA.

La musculatura de la espalda está relacionada con las funciones del miembro superior, el torax, y los miembros inferiores. Se extiende desde el cráneo a la pelvis y da soporte al esqueleto.

Entre vértebras adyacentes sólo son posibles movimientos limitados. Es la suma de todos estos pequeños movimientos lo que nos permite realizar la flexión, extensión, lateralizaciones y rotaciones, que tienen mayor amplitud en la zona cervical y lumbar.

La columna, en bipedestación¹, presenta tres curvas desde el punto de vista lateral: *lordosis cervical, cifosis dorsal, lordosis lumbar* (figura 3).

Si se mira de frente se presenta de forma recta.

fig. 3

DEFINICIÓN

La **espondilitis anquilosante (EA)**, también denominada **espondilitis anquilopoyética**, es un proceso reumático inflamatorio, de curso crónico, que afecta fundamentalmente a las articulaciones situadas en la columna vertebral y a las que unen la columna a la pelvis (*sacroilíacas*). Algo más de la tercera parte de los enfermos sufrirá inflamación de otras articulaciones (pequeñas articulaciones del pie, tobillos, rodillas, caderas, etc.), casi siempre en las extremidades inferiores.

Su nombre procede del griego: *Spondylos* (vértebra) + *itis* (inflamación) y *agkylos* (unido, soldado); esto es, inflamación de las articulaciones de las vértebras con tendencia a la fusión o soldadura de los huesos que la integran.

¿CÓMO SE MANIFIESTA LA EA?

¹ Posición del cuerpo de pie.

La EA, al igual que otras enfermedades de su mismo grupo denominadas espondiloartritis, suele iniciarse de forma insidiosa, lenta y gradual, con episodios de dolor en la región sacrolumbar (*figura 3*) que irradian hacia las nalgas e incluso por la cara posterior del muslo, simulando una ciática. El dolor mejora con la actividad física suave y se intensifica durante la noche y contra la madrugada. Por ello, no es raro que el enfermo se levante de cama a primera hora de la mañana y camine unos minutos para aliviarlo, aunque de forma parcial y transitoria. Al levantarse de cama, la movilidad de la columna está generalmente limitada (*rigidez*) y es dolorosa. Las áreas donde los tendones, ligamentos y fascias² musculares se insertan en el hueso, denominadas entesis, son también diana del proceso inflamatorio (**entesitis**). La fascia plantar en su unión al calcáneo (hueso del talón) es la habitualmente implicada y, a veces, puede constituir el primer síntoma (*figura 4*). En la región intercostal, las entesitis pueden simular un dolor pleural o cardíaco.

fig. 4

La mayoría de los casos comienza entre los 15 y 30 años con predominio de los varones: 3-6 por cada mujer. La EA puede inflamar articulaciones de las extremidades de forma asimétrica, irregular, intermitente o persistente, con tendencia a provocar lesiones locales irreversibles. El calor, la hinchazón, el dolor y la imposibilidad para una normal movilización de la articulación afectada son los principales síntomas.

fig. 5

PROCESO DE LA ENFERMEDAD

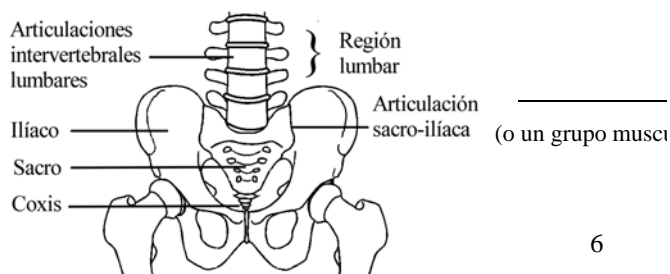
La inflamación en la EA involucra:

- las áreas donde los tendones y ligamentos se insertan en el hueso.
- las articulaciones a través de las que se unen las vértebras entre sí.
- la columna con los huesos ilíacos de la pelvis.

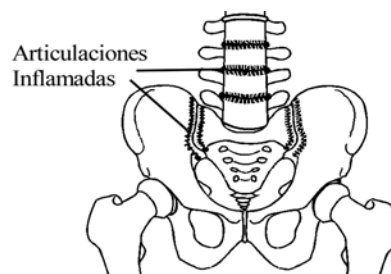
Las fascias, membranas que recubren grupos musculares, también constituyen un objetivo del proceso inflamatorio, en especial las localizadas en la planta de los pies y entre las costillas. En los puntos donde ligamentos, tendones y fascias se fijan en el hueso (*entesis*) la inflamación produce destrucción ósea parcial que se sigue de la formación de nuevo hueso (*hueso reactivo*) que, a menudo sobrepasa los límites normales y avanza sobre los propios ligamentos, tendones o fascias. A su vez, en éstos, el proceso inflamatorio se sigue de la formación de un tejido fibroso más duro y menos flexible (*figuras 4 v 5*).

En la columna, el hueso reactivo tiende a unir las vértebras entre sí y producir anquilosis (fijación o inmovilización).

1.- Antes del proceso (Normal)



2.- Durante el proceso (Inflamación)



3.- Después del proceso (anquilosis)

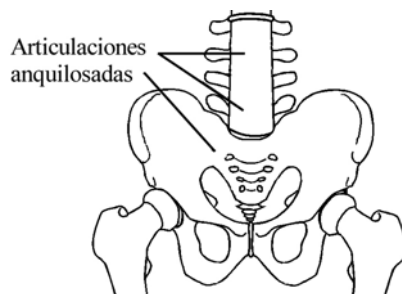


fig. 6

¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD?

En el momento de redactar esta guía, las ciencias médicas todavía no han esclarecido la causa de la EA ni de las restantes enfermedades del grupo (*espondiloartritis*). Los datos disponibles permiten considerar la participación de tres factores determinantes:

- Un terreno de predisposición, representado por la herencia del antígeno³ de histocompatibilidad⁴ **HLA-B27**.
 HLA-B27: Sustancia glucoproteica situada en la superficie de las células y que forma parte de un complejo sistema que permite identificarse ante otras células. El complejo de histocompatibilidad (HLA) incluye múltiples grupos de glucoproteínas que, a título comparativo, podrían realizar funciones similares a las letras y números que conforman la matrícula de un automóvil. Esto es, permiten conocer perfectamente el vehículo y su propietario.
- Los fragmentos de bacterias que penetrarían a través del tubo digestivo.
- Y por último, una respuesta inadecuada del sistema inmunológico, desproporcionada y contra sustancias de los tejidos propios con bastante similitud a los fragmentos bacterianos y al HLA-B27.

En nuestro medio, el **6%** de las personas son portadoras del HLA-B27 y, por lo tanto, están predispuestas, esto es, tienen mayor probabilidad para desarrollar una EA. Sin embargo, un **5%** de los que sufren la enfermedad no son portadores del HLA-B27 (lo cual implica que no es absolutamente necesario) y sólo una pequeña parte de quienes son portadores padecerá espondilitis.

No es preciso determinar el HLA-B27 a todos los hijos de enfermos, sino sólo a quienes presenten síntomas sugestivos de espondilitis o signos inflamatorios articulares.

³ Sustancia reconocida como extraña que desencadena la producción de otras proteínas (anticuerpos) dirigidas a bloquearla o destruirla.

⁴ Semejanza entre los caracteres antígenos de los tejidos.

¿A QUIENES AFECTA LA EA?

La EA es frecuente, ya que de cada 1000 personas dos sufren la enfermedad, sobre todo los varones, en quienes se diagnostica más frecuentemente (3-6 varones por cada mujer). Cabe recordar que, pese a todo, lo más probable es que no haya diferencias por sexos y que las manifestaciones de la EA con más formas atípicas en la mujer, constituye un motivo para su incorrecto diagnóstico. La mayoría de los síntomas se inician entre los 15 y 30 años, siendo raros los casos en niños y ancianos.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA EA?

La consulta clínica, esto es, los síntomas referidos por el enfermo y los datos obtenidos en la exploración, van a ser la clave del diagnóstico médico. La confirmación de la EA se basa normalmente en las imágenes radiográficas de **sacroilitis** - lesiones que indican inflamación de las articulaciones sacroilíacas - (*figura 4*).

En fases muy precoces y en formas atípicas es preciso recurrir a otros medios de diagnóstico por la imagen como la **gammagrafía ósea** y la **tomografía computarizada**:

- La gammagrafía ósea consiste en la inyección de un componente bioquímico similar a los fosfatos de calcio, marcado con un isótopo radiactivo de corta vida media. Este isótopo se depositará sobre las áreas de hueso más activas metabólicamente (que coinciden con las que sufren el proceso inflamatorio) lo que permite ubicarlas con bastante exactitud mediante una cámara especial. Es un método muy sensible pero inespecífico.
- La tomografía computarizada permite ver erosiones en las carillas de las sacroilíacas antes que cualquier radiografía simple, aunque también supone una mayor dosis de radiación.

Los análisis de laboratorio no tienen ninguna utilidad en el diagnóstico de la EA pero sirven para medir la actividad inflamatoria de modo global y las posibles alteraciones provocadas por la propia medicación sobre riñón, hígado y sangre. Con todo, en los casos muy dudosos, la determinación del HLA-B27 permite orientar el diagnóstico, aunque sin confirmarlo.

Las claves del diagnóstico que, por otra parte, se hace sobre la base de unos criterios consensuados internacionalmente, son:

- Los síntomas: dolor sacro- lumbar, rigidez matutina, etc.
- La exploración: expansión limitada del pecho, limitación de la columna en tres planos (flexión, rotación y lateralidad) y ritmo del dolor.
- Métodos Radiológicos.

Una orientación inadecuada por parte del médico es la principal causa del retraso del diagnóstico, sobre todo en el contexto de una consulta apresurada, una exploración incompleta y una formación insuficiente, como ocurre en buena parte de los ambulatorios y de algunos hospitales. Las denominadas “pruebas reumáticas”, craso error de nomenclatura y motivo de continuos errores, no son, en absoluto marcadores de “enfermedad reumática” y, por supuesto, no tienen valor alguno para clasificar a un enfermo como espondilítico.

AFECCIONES RELACIONADAS CON LA EA

La EA es una enfermedad sistémica. Esto quiere decir que no está restringida al aparato locomotor y que puede inducir inflamación en otros órganos:

En el **ojo** del 20-40% de los enfermos se producen **uveítis**, inflamación de la porción interna del ojo, normalmente en forma de episodios intermitentes unilaterales pero que pueden recurrir y comprometer la visión de forma irreversible si no se tratan. El ojo se enrojece y duele, además de perderse claridad en la percepción de los objetos. Es precisa su evaluación por el oftalmólogo en el más breve espacio de tiempo posible para evitar secuelas y debe considerarse una urgencia a todos los efectos.

Los **pulmones** están ocasionalmente involucrados de forma directa por un proceso inflamatorio que afecta a los lóbulos superiores y que lleva a la fibrosis y a la aparición de cavidades que, posteriormente, se hacen susceptibles de sobreinfección. El tabaco perjudica a todos los espondilíticos pero, en especial, a quienes ya hayan sufrido problemas pulmonares previos o a quienes padezcan fibrosis⁵ pulmonar. La rigidez de las articulaciones que unen las costillas a las vértebras dorsales disminuye la expansión torácica y el volumen de aire que se recambia con cada respiración, lo que se hace más patente en casos avanzados.

El **corazón** se encuentra entre los órganos diana de la EA, pero sólo excepcionalmente provoca síntomas. La inflamación de la válvula aórtica (*aortitis*) es la forma más frecuente de lesión cardíaca en este proceso, seguida de las alteraciones de la conducción del impulso eléctrico, lo que induce pequeños trastornos del electrocardiograma y, a veces, arritmias⁶. La aortitis sólo tiene una repercusión significativa en el funcionamiento cardíaco en casos muy graves.

El **intestino** es un largo tubo de más de 7 metros de longitud a través del que se absorben todos los nutrientes y el agua que precisamos. En su interior, tapizado por una membrana mucosa, existen miles de millones de bacterias que contribuyen a la fermentación y digestión de algunos productos. En más del **75%** de los espondilíticos, aún en quienes no tienen síntomas digestivos, se han observado múltiples pequeñas ulceraciones de la mucosa cuyo número es proporcional a la actividad de la enfermedad. Por ellas podrían penetrar fragmentos de bacterias y sustancias que normalmente deberían permanecer relegadas al interior del tubo digestivo. Su papel en la espondilitis parece de gran trascendencia pero no se ha aclarado por completo.

Un número elevado de enfermos espondilíticos presenta una verdadera enfermedad inflamatoria intestinal similar a la conocida enfermedad de Crohn, en donde no sólo hay úlceras de diversos tamaños sino que todas las capas de varios tramos del intestino (no sólo la mucosa) están inflamadas. Aunque suelen presentar diarrea, cólicos, anemia y otros síntomas, existen casos con mínimas manifestaciones.

Los síntomas generales resultan poco habituales, pero lógicamente como en todas las enfermedades crónicas, pueden aparecer *astenia*⁷, *anorexia*⁸, *decaimiento*, *depresión*, *fatigabilidad* e incluso, dependiendo de la actividad inflamatoria, *febrícula*⁹.

⁵ Formación de tejido fibroso.

⁶ Alteración de la normal secuencia (intervalos regulares) de las contracciones cardíacas.

⁷ Decaimiento, falta de dinamismo y vivacidad.

⁸ Falta anormal de apetito.

⁹ Aumento anormal de escasa cuantía en la temperatura corporal, normalmente de larga duración y con valores inferiores a 37,5°C

ESTADO FÍSICO DEL ENFERMO DE EA

No hay dos casos idénticos de EA. Los síntomas aparecen y desaparecen, variando intensidad. No hay aviso de cuándo sobrevendrá el próximo brote ni tampoco ninguna indicación de cuándo se calmará. Los brotes pueden disminuir hacia los cincuenta años. En algunos casos, este período de remisión permanente ocurre antes.

La gravedad de la rigidez asociada con la enfermedad también varía. Así pues, es muy importante intentar conservar una buena postura. No todos los pacientes que lleven a cabo un programa regular de ejercicios conservarán la postura y movilidad normales. Sin embargo, evitarán la aparición acelerada de graves deformidades de la columna y preservarán al máximo su capacidad funcional.

Todo paciente con EA es un enfermo crónico y, por tanto, presenta un estado de salud deficitario, considerado globalmente: el decaimiento, la astenia, el cansancio e incluso la depresión aparecen casi siempre en el transcurso de la evolución de este proceso.

No puede descuidarse una nutrición completa y equilibrada. La anemia es una complicación nada infrecuente en cualquier enfermedad inflamatoria crónica y, aunque puede verse favorecida por una alimentación insuficiente, lo habitual es que sea ocasionada por la repercusión de la inflamación sostenida sobre la médula ósea, lugar de formación de las células sanguíneas y de los glóbulos rojos.

Los AINE sin protección gástrica y la coexistencia de una enfermedad inflamatoria intestinal pueden provocar microhemorragias y, posteriormente anemia.

El médico realizará controles periódicos para detectar esta eventualidad y modificará la pauta de tratamiento según las necesidades de cada enfermo.

El tratamiento más acertado de la enfermedad requiere la cooperación de médico, fisioterapeuta y paciente. Cualquier idea del paciente creyendo que sólo necesita consultar al médico, con el objetivo de que le recetará una “píldora mágica”, no sólo es errónea, sino también peligrosa. Llevar a cabo un programa regular de ejercicios es el tratamiento más adecuado para detener el desarrollo de la anquilosis, aunque requiere una considerable fuerza de voluntad.

ESTADO PSÍQUICO DEL ENFERMO DE EA

Todas las enfermedades crónicas, entre ellas la EA, pueden inducir trastornos emocionales, originándose una serie de procesos psicológicos que se pueden resumir en cinco puntos:

1. **Negación:** Este fenómeno es especialmente peligroso y conlleva la no aceptación de la enfermedad.
2. **Cólera:** Es la reacción del “¿por qué a mí?”.
3. **Pactos:** En este estado la persona suele “negociar” su enfermedad, a menudo con Dios. Ej. típicos basados en promesas del tipo “si me pongo bien voy a hacer...”
4. **Depresión:** Representa el pesar natural ante un suceso y percepción del futuro no especialmente gratificante.
5. **Aceptación:** Este es el estado ideal. Supone la puesta en marcha de los mecanismos necesarios que ayuden a que la persona asuma su limitación y utilice todos los recursos existentes que le proporcionen una futura mejor calidad de vida.

Evidentemente no existe una forma “típica” de reaccionar. La forma de asumir el proceso va a estar condicionada por la personalidad individual, el estilo de vida, el estado de la enfermedad y por el contexto social en el que ocurra.

Cualquier trabajo psicológico debe estar orientado a llegar a la fase de **aceptación** lo más rápidamente posible. Y por supuesto controlar el riesgo de que la persona pueda quedarse estancada en cualquiera de las fases intermedias.

Pero... ¿Porqué la depresión en los pacientes de EA?... Pues porque se sufre de pérdidas constantes y progresivas. Desde el inicio de la enfermedad, en donde se pierde la salud y empieza la discapacidad hasta la pérdida de funciones, recursos, espacios sociales, competitividad y oportunidades. Así como el cambio de nuestra imagen corporal. Y para colmo el **dolor**.

La importancia de entender la depresión en la EA permite al paciente vivirla con las menos regresiones posibles, lo que significa perder menos recursos de relación social y el concepto de uno mismo.

Es preciso cambiar la necesidad de *atención -auto compasión* (buscando que los demás adivinen y consuelen) por la actitud de buscar la atención que se necesita en forma activa y responsablemente. O sea, tomar los medicamentos, hablar de lo que se siente en forma directa, llamar al dolor... dolor. Llorar por lo que se siente física y psicológicamente y decirlo, sin máscaras. Y no ocultarse en un “no pasa nada”. Utilizar los medios de la medicina física que tanto nos enseñan.

Así mismo, es muy importante informarse bien sobre la enfermedad y mantener unas abiertas relaciones sociales. Es aquí donde se recomienda la participación en grupos de terapia de apoyo psicológico y fisiológico. En este sentido son muy positivas las **ASOCIACIONES**, que proporcionan una información de máxima calidad, además de crear un marco idóneo donde las dudas, emociones y sentimientos pueden ser mejor atendidos y entendidos.

El apoyo familiar es una de las bases más importantes para facilitar la adaptación a las nuevas circunstancias que se crean a causa de la EA, por lo que todos los allegados deben conocer los aspectos básicos del proceso patológico y contribuir a crear el clima propicio.

Entre las distintas teorías acerca de la terapia a seguir, se pueden dar como básicas las siguientes indicaciones:

- Evitar aquellas situaciones que provoquen falta de actividad: ver la TV demasiadas horas, comer y dormir en exceso, etc.
- Realización de actividades gratificantes y placenteras. Por ejemplo: planear algo agradable, salir de paseo, de compras, al campo... ir a ver un espectáculo, ir a una conferencia, hacer deporte, entretenerse en casa leyendo o escuchando música, hacerse algo para uno mismo (comprarse algo, cocinarse algo, vestirse bien), pasar tiempo relajándose, iniciar una conversación (en una tienda, en una fiesta, en clase), discutir un tema interesante o divertido, asistir a las terapias de grupo... etc.,
- Promover, propiciar y fomentar las relaciones sociales y familiares que sean capaces de generar un bienestar y sentimientos positivos.
- En muchos casos la depresión aumenta los pensamientos negativos hacia uno mismo. Se incluyen pensamientos de culpa, crítica y minusvalía. En estos casos es conveniente interrumpir la cadena obsesiva de pensamientos nada más comiencen y cambiarlos por otros más positivos y realistas.

En esta lucha constante se producen ciclos que se rompen por las recaídas. Que estas no adquieran una duración prolongada y no se repitan demasiado sería el primer propósito. No sentir que después de cada recaída hay que darse una especie de licencia para abandonarse durante más tiempo. Ser conscientes de la recaída, no culpabilizarse, ni sentirse mal por ello y retomar los objetivos fijados.

“Agradecemos la colaboración en este apartado de los psicólogos David Zamorano y Fernando García” – AVIDEPO.

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA EA

En Reumatología, la EA está englobada dentro de las **espondiloartropatías** inflamatorias (*espondiloartritis*). Son procesos que afectan frecuentemente las sacroilíacas, las articulaciones de la columna, las articulaciones que unen los cartílagos costales con el esternón, o la clavícula con éste último hueso. En todas ellas se producen casos de **uveítis, entesitis y artritis**.

Además también inflaman articulaciones de las extremidades de forma generalmente intermitente y asimétrica. Aquí cabe incluir:

- La **artritis psoriásica**¹⁰: padecen psoriasis el 1-3% de la población y el 12% de éstos sufrirán artritis.
- Las **artritis reactivas**: una de cuyas formas es el llamado síndrome de Reiter. En algunos casos se producen: **uretritis** o inflamación de la uretra (conducto que conduce la orina desde la vejiga hacia el exterior), **cervicitis** o inflamación del cuello uterino, y **prostatitis** o inflamación de la próstata.
- Las **artritis enteropáticas**¹¹: artritis de las enfermedades inflamatorias del intestino.

¹⁰ Enfermedad de la piel caracterizada por su cronicidad y la aparición de lesiones rojizas con descamación en múltiples localizaciones. El 12% de los enfermos que la padecen también sufren inflamación articular.

¹¹ Término general para las enfermedades intestinales.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA EA

TRATAMIENTO

Aunque la espondilitis es una enfermedad inflamatoria crónica sin tratamiento curativo en el momento actual, los antiinflamatorios no esteroideos (**AINE**) consiguen reducir el dolor, mejorando el estado general y permitiendo una mayor actividad física.

Los analgésicos¹² simples, por si solos, representan un papel secundario, pero pueden ayudar a combatir el dolor o ser un tratamiento sintomático eficaz en el caso de intolerancia a los AINE.

El antiinflamatorio más cómodo es aquel que puede tomarse una sola vez al día, generalmente de noche, y cuyo efecto gradual permite mejorar el sueño, reducir la rigidez matutina y aliviar el dolor que se nota durante el día. Debido a la existencia de una amplia variabilidad individual, tanto el médico como el enfermo deben colaborar en la elección del medicamento más eficaz.

Para quienes sufren una espondilitis especialmente agresiva y, sobre todo, para quienes vean afectadas las articulaciones periféricas, se suele recomendar **metotrexato**, **azatioprina** o **sulfasalacina**. Esta última medicina se ha estudiado muy exhaustivamente y es especialmente útil para síntomas relacionados con las articulaciones periféricas, siendo pequeño su efecto sobre la columna. El metotrexato se usa también para pacientes con artritis sorriática, pero aún no se sabe si sirve para la espondilitis.

La **indometacina**, la **fenilbutazona**, el **piroxicam**, el **diclofenaco** y el **naproxeno** son, probablemente, los AINE más empleados. Se ha demostrado la eficacia de la administración intravenosa de altas dosis de **metilprednisolona** durante tres días, en forma de una infusión durante una hora. Los pacientes con importante actividad inflamatoria periférica responden mejor y durante más tiempo (meses).

Se están ensayando nuevos medicamentos intravenosos. Uno de ellos es el **pamidronato**, aunque son necesarios más estudios para demostrar su utilidad a largo plazo.

Finalmente, queremos destacar que el desarrollo de nuevos AINE está modificando el panorama del tratamiento del conjunto de las enfermedades reumáticas inflamatorias.

¹² De AN (sin) y ALGOS (dolor). Sustancia destinada a combatir el dolor.

El médico podrá introducir medicamentos destinados a proteger el tubo digestivo de los efectos adversos de los AINE, en especial el estómago. **No es conveniente automedicarse.** Cada caso particular debe ser analizado para decidir cual es la estrategia más adecuada en la prevención o tratamiento de las lesiones del aparato digestivo. Los antiácidos simples dan una falsa sensación de seguridad al suprimir el ardor y dolor "de estomago" pero no constituyen una verdadera protección.

Concluiremos este apartado señalando como un gran error pensar que solamente la terapia farmacológica es apropiada para el tratamiento de la espondilitis. Las medicinas únicamente se administrarán para reducir la inflamación, el dolor y la rigidez, a fin de permitir al paciente llevar una vida más activa.

TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

LA REHABILITACIÓN EN LA EA

La rehabilitación constituye, junto con los AINE, un pilar fundamental en el tratamiento de la EA e incluye, además de la educación postural, la **fisioterapia**. Ésta ayuda a mantener la mayor flexibilidad y movilidad posibles del raquis (columna vertebral) mediante tratamiento de microondas, ultrasonidos, masajes y cinesiterapia (ejercicios controlados).

El paciente debe colaborar con el médico rehabilitador y el fisioterapeuta realizando, en su propio domicilio, una serie de ejercicios programados. Los ejercicios respiratorios son de gran importancia para incrementar el volumen de aire movilizado.

Los ejercicios potencian los músculos de la columna y de las extremidades, evitando su atrofia y su retracción, proceso que se desarrollaría inexorablemente si no se toman medidas.

Si el paciente se encuentra demasiado rígido y con dolor puede probar a tomar un baño caliente o ducha y después intentar lentamente hacer sus ejercicios.

Dada la importancia de la rehabilitación en el tratamiento de la EA, este capítulo está desarrollado ampliamente más adelante y constituye la segunda parte de esta Guía.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS DE LA EA

HIDROTERAPIA Y TERMOTERAPIA

Desde el punto de vista de su significado, **hidroterapia** es la utilización del agua como agente terapéutico, en cualquier forma, estado o temperatura ya que es un vector de agentes físicos como la temperatura y la presión.

La forma ideal de aplicación es piscina terapéutica en agua caliente en la que se aprovecha la acción de empuje que el agua ejerce sobre todo cuerpo sumergido. Bajo el agua se pueden realizar ejercicios musculares que no se pueden realizar en el suelo, por el alivio del peso que proporciona la sumersión.

Existe un factor mecánico asociado que actúa de estímulo (es el llamado *procedimiento hidroquinético*): podemos destacar los baños de remolino o el masaje subacuático.

Con la combinación de temperatura y movimiento se consiguen efectos beneficiosos sobre dolores articulares y espasmos musculares.

La **termoterapia** es la utilización del calor y frío desde el punto de vista terapéutico, aunque se denomina *termoterapia* a la aplicación de calor y *crioterapia* a la aplicación de frío.

La aplicación de calor puede servir de analgesia en la enfermedad al producir un efecto relajante sobre el espasmo muscular. Es recomendable la aplicación de calor seco con arena, sal gorda, envolturas secas (como prendas de lana previamente calentadas) o almohadillas o mantas e eléctricas.

No es recomendable, en ningún caso, la aplicación de frío para reducir la inflamación en los pacientes de EA.

BALNEARIOS

El balneario es un establecimiento con características de hotel y hospital donde acuden enfermos durante un tiempo, más o menos prolongado, para someterse a una **cura hidromineral**.

Una cura hidromineral es aquella aplicación, con fines terapéuticos, de determinadas clases de aguas. Estas se diferencian del resto de las aguas no terapéuticas

por su composición y características físicas, tales como la cantidad y tipo de sales disueltas o la temperatura a la que surgen. Otra condición para considerarlas como tales es que manan de la tierra en forma de fuentes o manantiales naturales.

El balneario debe estar ubicado en el mismo manantial, por lo que al efecto beneficioso del agua deben sumarse los del clima y ambiente donde está situado.

Estas aguas pueden aplicarse de diversas formas:

- En aplicación externa: baños completos o parciales, duchas, chorros o pulverizaciones.
- En aplicación interna: en forma de bebida.

Además, pueden utilizarse otros materiales de la misma fuente como los lodos.

Dado el enorme interés que en los últimos años ha despertado la cura hidromineral, es necesario establecer algunas pautas respecto a la aplicación que tienen los balnearios en el caso de la EA:

- Estas curas no se realizarán nunca en fases agudas.
- Se deben elegir aguas “hipertermales”, es decir, calientes.
- Puede aplicarse una cura termal pasados dos o tres meses de una crisis aguda.
- La aplicación será externa.

Dentro de las aguas beneficiosas cabe destacar:

- Las **cloruladas hipertermales**: como las de Caldas de Besaya, Arnedillo, Caldas de Montbuy, Archena.
- Las **sulfuradas hipertermales**: como las de Cuntis, Ledesma, Lugo, Montemayor, Retortillo.
- Las **sulfatadas hipertermales**: como las de Cuntis, Graena, Zestoa.
- Las **bicarbonatadas hipertermales**: como las de Mondariz, Arnoia, Molgas.
- Las **oligometálicas hipertermales**: como las de Caldelas de Tuy o La Hermida.

Al tratamiento hidromineral se unen los efectos beneficiosos del clima, el reposo, el régimen alimenticio y la relajación psíquica.

Finalmente, es recomendable consultar con el especialista cuándo es el momento adecuado y cuál es el establecimiento más idóneo para cada caso. El tratamiento hidromineral debe durar entre dos o tres semanas, aunque se ajustará siempre en particular a cada paciente.

LA TALASOTERAPIA

Se denomina **talasoterapia** a la ciencia encargada del estudio y aplicación del mar con fines terapéuticos. Está indicada, entre otros casos, para determinados reumatismos en fases silentes.

Se considera beneficioso el efecto del agua del mar por:

- Su condición: salinidad, temperatura y corrientes marinas.

- El hábitat marino: arenas, cienos, algas y microorganismos.
- La zona costera: arenas, vegetación y clima.

El agua del mar actúa como estímulo térmico que favorece la circulación y como estímulo mecánico con efecto masaje. Así mismo, presenta un efecto cinesiterápico ya que obliga a realizar una contracción muscular activa para conservar el equilibrio lo que a la larga mejora la capacidad funcional. Este efecto comienza a notarse ya cuando introducimos los pies en el agua, por lo tanto no es necesaria la inmersión completa sino que es suficiente permanecer en la orilla de pie unos minutos, al borde del agua.

La arena, componente de diversas características, asociado al mar, es otro agente terapéutico. Actúa como vehículo de calor, adquiere y mantiene la temperatura a través de la radiación solar y es un verdadero “campo de marcha” de diversa dificultad (según el grado de humedad, consistencia y grosor). Mejora el equilibrio y potencia la musculatura, siendo más dificultosa la marcha por arena seca que por arena húmeda.

Pasear o permanecer quieto al borde del mar, con los pies semisumergidos, produce un masaje y un baño de contraste, así como un ejercicio de equilibrio beneficioso para el aparato circulatorio y locomotor.

CIRUGÍA

Sólo ocupa un lugar secundario en el tratamiento de la espondilitis. Únicamente se aplica a un 6% de personas con espondilitis para sustituirle la cadera (*prótesis*). Estas operaciones dan muy buen resultado, devuelven la movilidad y eliminan el dolor de la articulación dañada. La cirugía rara vez interviene para restablecer la posición vertical de la columna y el cuello de las personas que se han doblado, las cuales tienen problemas para ver de frente, mirar a los demás a la cara, ver rótulos de las tiendas, números de las puertas, cruzar la calle, etc.

En caso de intervención quirúrgica es necesaria una comunicación directa con el ortopeda o neurocirujano. Se facilitará la mayor información posible al anestesiólogo acerca de los tratamientos, sobre todo en el caso de corticoides o inmunosupresores. También se hará notar la presunta disminución de la capacidad respiratoria y en la posible deformación de la columna cervical. Esta última contingencia podría complicar la intubación. Otras veces es conveniente avisar sobre la posibilidad de afectación cardíaca o la anemia de enfermedad crónica. Finalmente, señalar que la anquilosis lumbar puede dificultar la aplicación de raqui-anestesia.

FAJAS Y CORSES

Desgraciadamente, todavía se recetan por algunos médicos, al no haber conseguido establecer un diagnóstico correcto. Muy a menudo empeoran la situación, ya que mantienen la columna rígida. ¡Correas fijas para no poder moverse!... Son una reliquia del pasado en que los médicos pensaban, equivocadamente, que era inevitable que todos los que tenían espondilitis acabaran automáticamente con la columna soldada.

OTROS REMEDIOS ALTERNATIVOS

Algunos enfermos han probado, en algunas ocasiones, dietas, acupuntura, aromaterapia, reflexología, homeopatía, etc. No se ha demostrado que ninguna de estas

terapias suponga una ventaja sobre el tratamiento convencional ni que reporte beneficios a medio o a largo plazo.

Todo enfermo debe observar con cautela los preparados de las llamadas Medicina Natural y Homeopatía. La mayor parte de los preparados de herbolarios y de “Medicina Natural” integran alcaloides de origen vegetal con efectos analgésicos y antiinflamatorios, antioxidantes y otras acciones de menor o nulo interés. Lamentablemente, a causa de la combinación de varios ingredientes, se producen unos efectos colaterales generalmente no deseados que, como ocurre con el efecto terapéutico, son variables y, a veces, inoperantes. En todo caso importa, sobre todo, que quien ejercite estas terapias alternativas tenga un amplio conocimiento de la EA.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LA EA

EL DESCANSO EN LOS AFECTADOS DE EA

Si la EA es muy activa y la rigidez muy molesta, puede ser necesario pasar una temporada sin trabajar e incluso un tratamiento hospitalario. Esto no quiere decir quedarse inmóvil ya que tal cosa podría acelerar la anquilosis de la columna. Así, se puede aprovechar el periodo de descanso sin trabajar para ampliar los ejercicios de espalda, pecho y extremidades a fin de mantenerlos flexibles.

En la cama, es importante probar a permanecer parte del tiempo boca a abajo. Conviene adoptar esta postura unos minutos antes de levantarse de cama y los 20 minutos primeros después de acostarse, siempre que el estado del paciente lo permita. Al principio es posible que no se pueda aguantar durante más de cinco minutos seguidos e incluso que se necesite un cojín debajo del pecho pero, con la práctica, a medida que la columna se relaja, será más fácil. Si se convierte en un hábito, esta postura ayudará a evitar que la espalda y las caderas se doblen y, aunque no sea factible todos los días, al menos un poco de tiempo dedicado a ella es mejor que nada.

Echarse sobre la cama de espaldas con las piernas colgando hacia el suelo puede constituir también un buen ejercicio de estiramiento.

- LA CAMA

Debería ser firme, confortable y con cierto grado de amortiguación. Si se tiene un somier de muelles, es necesario conseguir un tablón adecuado y ponerlo entre el colchón y el somier. Una plancha de madera contraplacada es una base adecuada. Deberían revisarse los colchones regularmente, procurando no comprar uno demasiado duro. Es aconsejable escapar de los fabricantes que, pretendiendo tener unos extensos conocimientos médicos, venden colchones a precio de oro.

Es bueno reducir el número de cojines a uno, o incluso a ninguno. Echarse sobre la espalda con un cojín alto podría conllevar la pérdida gradual de la buena alineación del cuello y los hombros. Por eso es recomendable, en muchos casos, el uso de una almohada individual y personalizada.

Cuando se viaja, si la cama donde uno se hospeda es demasiado mullida, es aconsejable echar el colchón en el piso a fin de conseguir una base adecuada.

- LAS SILLAS

Como quiera que la EA no tratada causa una flexión creciente de la columna, todos los esfuerzos han de encaminarse para conservar la postura erguida. Es raro que la columna se anquilese completamente pero, en previsión de ello, el paciente deberá esforzarse siempre para conservar la columna recta.

La silla de la oficina o de casa juega un papel importante. Por esto, debe poseer todas las facilidades de ajuste o acomodamiento posible permitiendo cualquier cambio de posición y una libertad de movimientos adecuados (asiento con altura ajustable, respaldo con inclinación variable, altura de los brazos y del respaldo siempre modificables) y a ser posible giratorio. La zona de asiento no debe de ser demasiado larga para no tener dificultad en poder ajustar la zona lumbar al respaldo.

Las sillas y los sofás bajos y blandos son áreas catastróficas. Favorecen la mala postura y aumentan el dolor.

LA ALIMENTACIÓN EN LA EA

La idea de que las enfermedades reumáticas inflamatorias están causadas o se transmiten por los alimentos es errónea. No existen datos que permitan implicar a ningún alimento concreto en el desarrollo de una enfermedad reumática. Sin embargo, las bacterias que se ingieren con el agua, carnes, pescados, vegetales u otros productos sí pueden contribuir a empeorar la sintomatología o incluso a desencadenar la enfermedad cuando el terreno es propicio.

Las personas portadoras del **HLA-B27**, antígeno de histocompatibilidad al que ya se ha hecho referencia, están predispuestas a desarrollar procesos inflamatorios articulares al entrar en contacto con antígenos bacterianos químicamente parecidos al propio HLA-B27. Deben evitarse, por lo tanto, aguas no cloradas ni higienizadas, lechuga, tomates u otras hortalizas que no estén debidamente lavadas, mariscos crudos y huevos o derivados (mahonesa) no sometidos al tratamiento térmico adecuado (cocción, fritura...).

Múltiples preparados alimentarios industriales contienen una considerable cantidad de conservantes, colorantes, aromatizantes y estabilizantes no naturales que pueden irritar la mucosa que recubre el estómago y el intestino, facilitando el paso de fragmentos bacterianos (antígenos) a la circulación sanguínea.

En general, **toda dieta debería apuntar hacia la moderación**. No existe una dieta específica para el paciente reumático ni, por tanto, para el afectado de EA. Pero creemos de interés apuntar aquí algunas normas de comportamiento nutritivo que hemos extractado de los escasos estudios publicados al respecto hasta la fecha:

- Se aconseja la reducción de carne roja, siendo más conveniente la carne de pollo, conejo, etc.
- Los pescados poseen ácidos grasos insaturados que, indirectamente, aminoran algunas de las reacciones inflamatorias en el organismo humano. Se han hecho estudios con la administración de estos ácidos grasos naturales, y se han observado mejorías parciales de los síntomas en enfermedades reumáticas inflamatorias.
- Los yogures, sobre todo los enriquecidos en lactobacilos, por su acción reguladora de la flora intestinal y el aporte de calcio orgánico, tienen una acción favorable en las espondiloartritis como la EA.

- Si no coexisten otras enfermedades y no se toman fármacos con acciones potenciadoras o bioquímicamente incompatibles, las bebidas alcohólicas no están contraindicadas pero, desde luego, han de ingerirse con moderación. Por su contenido en salicilatos, taninos y sustancias antioxidantes, sería preferible el vino frente a bebidas destiladas, pero siempre en cantidades pequeñas (menos de 200 cc/día) y durante las comidas ya que ayuda a digerir.
- Evitar pautas de nutrición que disminuyan la inmunidad: por ejemplo, evitar fumar, alimentos transformados, alcohol, té y café.
- Evitar por las noches las salsas o condimentos que acompañan a los alimentos: tabasco, chili, ketchup,...
- Las infusiones de tila, manzanilla y menta son muy recomendables después de las comidas, sobre todo de la cena, ya que favorecen la digestión.

Por último, si un paciente encuentra que un alimento específico agrava su enfermedad deberá ser escrupulosamente estricto con su dieta y dejarlo fuera de la misma, haciendo una excepción las menos veces posibles.

EL TRABAJO

Es muy importante prestar atención a la posición de la espalda mientras se trabaja.

Un trabajo que permite cambiar de estar sentado a estar de pie o incluso caminar de vez en cuando, es el más apropiado. Cuando el trabajo consista en estar sentado es necesario ajustar el asiento a la altura apropiada de forma que la mesa quede a la altura del pliegue del codo y que permita aproximarse a ella lo más posible. Es conveniente moverse de vez en cuando para evitar el anquilosamiento.

Si se tiene un trabajo pesado o cansado, se recomienda tener un periodo de descanso antes de llevar a cabo otras actividades en la casa o en otra parte. Descansar en horizontal durante 20 minutos a medio día es muy útil, intentando hacerlo boca abajo la mayor parte de este tiempo.

Si en el trabajo se tiende mucho a agacharse o la espalda está sometida durante mucho tiempo a una gran tensión, debe comentarse esto con el médico. Éste siempre podrá aconsejar o ayudar a cambiar al trabajo más apropiado.

Algunos afectados de EA encontrarán muy útil mostrar esta guía a sus médicos o jefes para explicarles sus necesidades.

LA CONDUCCIÓN

El uso del automóvil merece especial atención no sólo por la postura que mantenemos en él aumentando la presión discal sino por el estrés y la tensión que genera.

Higiene Postural:

- Ajustar la distancia asiento-volante de forma que la espalda quede en la posición correcta. Las rodillas deben de quedar mínimamente más altas que las caderas. Hay que evitar estirarse para llegar a los mandos del automóvil,

por lo que no debe colocarse el asiento demasiado lejos del volante. La distancia para lograr la relajación de la musculatura cervical y de los miembros superiores será aquella en que nuestra muñeca contacte con el volante. Este debe mantenerse agarrado con los codos ligeramente flexionados.

- La forma de entrar en el coche es en bloque: se sienta uno en el asiento y siguiendo la mecánica del giro al incorporarse en la cama se introduce o se sale del vehículo. Así, se evita el giro lumbar y la movilización dolorosa de las sacroilíacas al hacer una excesiva rotación externa de la cadera.

Los pacientes con rigidez de cuello u otras partes de la espalda, tienen frecuentemente dificultad en el momento de aparcar o dar marcha atrás. Los espejos especiales pueden ser de muy buena ayuda. Es importante practicar el estacionamiento usando estos nuevos accesorios. Se aconseja también evitar movimientos bruscos del cuello ya que éste es mucho más propenso a las lesiones en un afectado por la EA, debido a su rigidez.

Existen dispositivos accesorios a la hora de escoger un coche que deben de ser valorados muy seriamente por el paciente de EA: dirección asistida y cierre centralizado son un buen ejemplo.

En cuanto al asiento, el respaldo debe tener forma anatómica y la columna lumbar debe aplicarse contra él. En caso contrario debe corregirse con un suplemento especial o una almohadilla. En viajes largos, conviene hacer una parada de diez minutos, aproximadamente, cada 100 kms. u hora de conducción, aprovechando para efectuar estiramientos.

LAS MUJERES Y LA ESPONDILITIS

La principal diferencia entre sexos es que las mujeres tienden más a la afección de las articulaciones periféricas y tal vez sufren una espondilitis menos agresiva.

En general, el tratamiento es el mismo para ambos sexos aunque, por supuesto, hay que tener un cuidado especial con las mujeres en edad de gestar o embarazadas. A diferencia de otra enfermedad inflamatoria, la artritis reumatoide, en la EA no se suele producir una remisión de los síntomas durante el embarazo.

Los AINE contribuyen a disminuir la fertilidad pero no tienen una repercusión importante sobre las posibilidades de embarazo. Las mujeres deben evitar todos los medicamentos antiinflamatorios durante los tres primeros meses y a lo largo del último mes de gestación. La fisioterapia permitirá contrarrestar parcialmente la supresión de los medicamentos.

Todas las dudas que emerjan en el contexto de un embarazo deben ser consultadas con el obstetra y el reumatólogo.

VIDA SEXUAL

La espondilitis no suele impedir las relaciones sexuales, aunque puede limitarlas, sobre todo cuando la espondilitis afecta la cadera o está en plena actividad. No obstante, hay personas que pierden la postura de la columna considerablemente, hecho que les puede ocasionar también dificultades durante las relaciones sexuales.

Un diálogo comunicativo con la pareja debería superar estos problemas, sin olvidar el sentido del humor. La espondilitis, puede producir disminución de la libido¹³, lo que debería tenerse en cuenta y no confundirlo como señal de otra cosa.

MINUSVALÍA E INCAPACIDAD

La EA produce en quien la padece unas limitaciones que, según su mayor o menor gravedad, pueden ser susceptibles de valoración por un Tribunal Médico en orden a la consecución de una **minusvalía** o **pensión de invalidez**.

1. MINUSVALIA.

La EA se encuadra dentro de las enfermedades incapacitantes que ocasiona, en quien la padece, un mayor o menor grado de minusvalía física.

La acreditación de minusvalía viene dada por la valoración que realiza un Equipo de Valoración y Orientación del Área de Servicios Sociales, el cual determinará si el paciente tiene un grado de minusvalía superior al 33% que es el valor establecido a partir del cual se obtiene la condición de minusválido (Orden del 8-3-94).

El Certificado de Minusvalía aporta una amplia serie de prestaciones y beneficios. Se puede citar, a modo de ejemplo:

- Importantes deducciones en la Declaración de la Renta.
- Exención del Impuesto de Matriculación.

2. PENSIONES DE INVALIDEZ.

Las pensiones que otorga la Seguridad Social tienen como beneficiarios a los trabajadores que presentan unas reducciones anatómicas y funcionales graves que, previsiblemente, disminuyen o anulan su capacidad laboral. Esto da lugar a diferentes grados de incapacidad:

- a) Incapacidad permanente **total** para la profesión habitual: es aquella que inhabilita al trabajador para la realización de las tareas fundamentales de su profesión, pudiendo dedicarse a otras. Según la edad del trabajador: si es menor de 55 años la cuantía de la pensión es el 55% de la base reguladora; si es mayor de 55 años es el 75% de esta base, siempre que carezca de otros ingresos. A esta pensión se le aplica retención a cuenta del IRPF
- b) Incapacidad permanente **absoluta** para todo trabajo: inhabilita al trabajador para cualquier otra profesión u oficio. La cuantía de la pensión es el 100% de la base reguladora, en cualquier edad. No tiene retención a cuenta.
- c) **Gran invalidez**: se da en los casos de pérdidas anatómicas y funcionales y que además se requiera la asistencia de otra persona para llevar a cabo actos esenciales de la vida. La cuantía de la pensión es el 150% de la base reguladora. No tiene retención a cuenta.

Para las personas que no puedan acceder a las pensiones de la Seguridad Social, el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales (en Galicia: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais) concede una pensión de invalidez no contributiva.

¹³ Pulsión, apetito y deseo sexual.

- Pensión de Invalidez de nivel **no contributivo**: para optar a ella hay que carecer de ingresos suficientes (según unos baremos que se establecen cada año), tener más de 18 años y menos de 65, ser español o residir desde hace más de 5 años en territorio español, y tener una minusvalía o enfermedad crónica igual o superior al 65%. Si la minusvalía es superior al 75% y se necesita la ayuda de otra persona para los actos esenciales de la vida, se añade un complemento a la pensión. Las cuantías de ambos casos parten de unos mínimos que varían cada año en función del I.P.C. previsto.

EPÍLOGO

UNA LLAMADA A LA ESPERANZA

El pronóstico de la EA es variable pero, en general, excepto casos muy agresivos, se considera favorable. El grado de fusión ósea (*anquilosis*) y rigidez articular, muy diferente en cada enfermo, es habitualmente parcial y limitado en extensión, por lo que, en la actualidad, tiende a eliminarse el adjetivo "anquilosante".

La mayoría de los enfermos son capaces de valerse por si mismos y realizar una vida laboral activa a los 10 años a partir del diagnóstico, que es cada vez más precoz. Las imágenes de los antiguos textos de medicina sobre la espondilitis "anquilosante" eran un tanto dramáticas, puesto que recogían los enfermos más avanzados y que no habían sido tratado durante su evolución. Sin embargo, los tratamientos médicos y rehabilitadores han mejorado sustancialmente el pronóstico a largo plazo.

Es cierto que, en este momento, todavía estamos lejos del objetivo final ante cualquier enfermedad: **la curación**. No es posible resolver este problema sin una investigación adecuada. Hoy, la mayoría de los científicos que se ocupan de las espondiloartritis, ha centrado sus estudios sobre la susceptibilidad genética (HLA-B27) y sobre aquellos microorganismos que, por sus características, pueden provocar confusión en nuestro sistema inmune "reactividad cruzada".

Los últimos trabajos científicos han preparado las bases para el bloqueo de la reactividad cruzada a través de mecanismos de ingeniería genética. Cuando esto se consiga, la posibilidad de detener la enfermedad totalmente será una realidad y, además, seña posible un tratamiento precoz que cabría calificar de "curativo".

Dr. Norberto Gómez