

E. García Díez

Profesor Asociado de Fisioterapia en Pediatría y en la Discapacidad Motora. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza. Fisioterapeuta del Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

Fecha de recepción: 18/3/03
Aceptado para su publicación: 19/9/03

RESUMEN

La espasticidad es un síntoma neurológico que caracteriza a diversas patologías, como la parálisis cerebral, el daño cerebral por anoxia, traumatismo encefálico, algunas enfermedades metabólicas, adrenoleucodistrofia, fenilcetonuria, etc. En todos los casos se convierte en un reto para el fisioterapeuta, que cuenta con diferentes técnicas y métodos para su tratamiento.

En este trabajo se presentan los más habituales; técnicas: Instalación y posicionamiento, Cinesiterapia, Patrones de movimiento adecuados, Estiramientos, Ortesis, Masaje, Facilitación de músculos antagonistas, Vibroterapia, Crioterapia, Termoterapia, Miofeedback, Estimulación vestibular, Electroterapia; métodos: Kabat, Brunnstrom, Bobath, Vojta, Rood, Phelps, Plum, Perfetti, Hipoterapia, Le Métayer, Terapias manuales.

PALABRAS CLAVE

Espasticidad; Fisioterapia; Neurología.

Fisioterapia de la espasticidad: técnicas y métodos

Fisioterapy of the spasticity, technicals and methods

Correspondencia:
Enrique García Díez
C/Ramón y Cajal, 36, 1º B
50004 Zaragoza
E-mail: egardiez@posta.unizar.es

ABSTRACT

The Spasticity is a neurological symptom that characterizes to diverse pathologies, like the cerebral palsy, anoxic brain damage, brain trauma, some metabolic diseases, adrenoleukodystrophy, phenylketonuria. In all the cases become a challenge for the physical therapist, that has several techniques and methods for their treatment. They in this work come the most habitual; technical: Installation and positioning, Kinesitherapy, Patterns of appropriate movement, Stretches, Orthose, Massage, Facilitation of opponent muscles, Vibrotherapy, Cryotherapy, Thermotherapy, Miofeedback, Vestibular Stimulation, Electrotherapy; methods: Kabat, Brunnstrom, Bobath, Vojta, Rood, Phelps, Plum, Perfetti, Hipoterapia, Le Métayer, Manual Therapies.

KEY WORDS

Spasticity, Physical Therapy, Neurology

26 ACERCA DE LA ESPASTICIDAD

La espasticidad es definida como una hiperactividad del arco reflejo miotáctico, siendo la consecuencia de una lesión del haz piramidal sea cual sea la topografía (corteza cerebral, cápsula interna, tronco del encéfalo o médula)¹. Forma parte de los componentes del denominado Síndrome Piramidal al que se asocian parálisis y pérdida de la selectividad del movimiento.

Desde el punto de vista anatomofisiológico, la espasticidad viene determinada por los siguientes elementos²:

- Hipertonia muscular.
- Hiperreflexia.
- Hiperactividad cinética voluntaria.

La espasticidad aparece tras lesión de la motoneurona superior debido a que las vías descendentes poseen más conexiones inhibidoras que estimuladoras, de manera que una lesión a este nivel disminuye, por tanto, las señales inhibidoras que van hacia las motoneuronas del asta anterior³. Dado que no se produce un incremento de los controles facilitadores, nos encontramos con un síndrome de rigidez en el que queda conservada la acción de control del neoestriado y del cerebelo⁴.

Una característica del músculo espástico es la resistencia que manifiesta al ser estirado pasivamente, la cual no es debida únicamente a la hiperactividad del reflejo de estiramiento o miotáctico, sino que, además, hay influencia de los cambios que se producen en la unidad músculo-tendón, es decir, en los componentes no reflejos⁵.

Tres elementos principales pueden estar en el origen de la exageración del reflejo Miotáctico en las lesiones del Sistema Nervioso:

- La hiperactividad gamma.
- La hiperexcitabilidad de la motoneurona alfa.
- La modificación de la inhibición presináptica sobre las fibras Ia.

Desde el punto de vista neurofisiológico se produce una liberación del sistema gamma y del sistema alfa, del control inhibidor superior causado por la lesión de las

vías Piramidales y Reticuloespiniales que originan un aumento de la excitabilidad de las motoneuronas alfa y gamma, liberadas de las influencias inhibidoras; los músculos de los miembros afectados muestran mayor resistencia a la distensión pasiva, especialmente al inicio del intento de movilización⁶.

En cuanto a la manifestación clínica de la espasticidad, se presenta como una alteración del tono caracterizada por una resistencia al estiramiento del músculo afecto⁷, tal y como se ha comentado anteriormente. Esta resistencia se manifiesta en un determinado punto o en una parte de la extensión pasiva del músculo, y puede ceder bruscamente (fenómeno de la navaja); así mismo, también aparece como manifestación de reflejos tendinosos profundos exaltados, a menudo con clono, y la estimulación de la cara lateral de la planta del pie da lugar a dorsiflexión del dedo gordo y extensión de los otros dedos. Cuando la espasticidad es severa, una mínima estimulación cutánea en las zonas distales de una extremidad puede desencadenar una respuesta masiva involuntaria como, por ejemplo, una "triple flexión" en miembro inferior⁸. La espasticidad se intensifica durante la bipedestación, el movimiento voluntario y tras ciertas estimulaciones nociceptivas.

La hipertonia espástica y la alteración de la inervación reciproca parecen explicar la inmovilidad relativa o absoluta del sujeto espástico. En consecuencia, la espasticidad puede dar como resultado una exagerada posición estática, con pérdida de las reacciones estatocinéticas, con aparición de limitación articular, alteraciones funcionales, paresia y fatigabilidad^{1,9,10}. Es conveniente resaltar los efectos secundarios que la espasticidad puede producir a nivel muscular, articular y cutáneo¹; así, la retracción muscular consecuente se caracteriza por la disminución de sarcómeros¹¹, lo cual determina posturas fijas difícilmente reducibles por la movilización: equino, retracción de adductores e isquiotibiales, flexión en codo muñeca y dedos, sobre todo. A nivel articular puede producir deformación ortopédica, dolor e incluso luxación¹. Asimismo, puede dar lugar a deformación de la piel, aumento de zonas de apoyo con el consiguiente riesgo de escaras (como ocurre en caras internas de rodillas con adductores muy espásticos)

VALORACIÓN CLÍNICA DE LA ESPASTICIDAD

No es nada fácil evaluar con precisión y objetividad un cuadro o un músculo espástico. Además, tal y como señala Chauviers¹², existe variedad de cuadros neurológicos que pueden cursar con este síntoma: accidentes cerebrovasculares, parálisis cerebral, determinadas lesiones medulares, encefalitis, traumatismos cráneoencefálicos, esclerosis múltiple,...

No obstante, es importante hacer una evaluación periódica de la espasticidad afín de poder apreciar su evolución espontánea o determinada por el tratamiento, o de percibir la influencia que sobre ella determinan otros factores como las "espinas irritativas", las posturas, las emociones, la fatiga¹², la ejecución de determinados movimientos voluntarios, la ingesta de antidepresivos en ciertos lesionados medulares¹³,...

Exponemos a continuación algunos ejemplos de valoración de la espasticidad, tanto clásicos (Escala de Tardieu-Held) como referidos en recientes publicaciones como las de Rémy-Nérès et al en 1997¹, Villanueva et al en 1998¹⁶, Martínez y Gómez en 2001¹⁷, Gracies en 2001²⁰ o Chauviers en 2002¹². Obviamente no son todos los existentes, pero pueden ser de utilidad ya que, en bastantes ocasiones, la "cuantificación" del fenómeno espástico se realiza de forma muy subjetiva.

– Una forma clásica de valoración de la espasticidad, tal y como propone K. Bobath², consiste en movilizar pasivamente los diferentes segmentos de la extremidad y comprobar la resistencia de cada músculo a la elongación pasiva.

– Por percusión en el tendón del músculo¹, excitándose así de forma selectiva los husos neuromusculares sensibles al estiramiento dinámico; cuando la respuesta no es normal se aprecia clonus. El problema de esta técnica es su cuantificación objetiva.

– Goniometría, aplicada tras el estiramiento relativamente rápido del músculo espástico, y calculando el ángulo de la articulación implicada en el momento en que el hipertono nos frena el movimiento^{14,15}; realmente, la consideramos útil para ver la posible variación del hipertono tras una sesión de tratamiento local (al variar la tensión en el estiramiento, la goniometría cambiará), pero no es aplicable a mayor escala.

– Biofeedback electromiográfico: según estudios^{16,17}, da buen resultado incluso como terapia, aspecto que abordaremos más adelante.

– El Sistema "Biodesx", empleado por Tona et al¹⁸, y que se refiere a la medida del torque durante un movimiento pasivo.

– Registros videográficos¹⁸, también interesantes para comparar "el antes y el después", y así valorar la eficacia de un tratamiento.

– Dinamometría Isocinética: empleada por Boiteau⁵ para valorar la espasticidad en músculos del tobillo, tanto de forma pasiva como activa, y a diferentes velocidades.

Escalas de medida de la espasticidad

– *Tardieu-Held*^{1,19,20}: se estira el músculo pasivamente a tres velocidades: la correspondiente a la caída del miembro por la gravedad, una velocidad superior y otra inferior. Se hace goniometría del ángulo de la articulación en el que aparece la respuesta del músculo estirado, y la importancia de esa respuesta (entre 0 y 4).

– *Escala de Ashworth Modificada*^{1,18,12,21}: es de las más conocidas y eficaces; el músculo es estirado pasivamente. La importancia de la respuesta se valora entre 0 y 4:

0. No aumenta el tono muscular.
1. Resistencia mínima al final de una movilización pasiva en extensión o en flexión de un segmento de miembro.
2. Resistencia que aparece en mitad de recorrido de una movilización pasiva de un segmento de miembro.
3. Resistencia marcada durante todo el recorrido del movimiento pasivo.
4. Contractura permanente: el segmento de miembro queda prácticamente fijado.

– *Tono adductor bilateral*²¹:

- 0 No aumenta el tono.
- 1 El tono aumenta cuando las caderas son abducidas con facilidad hasta los 45° por una persona.
- 2 Aumento de tono al abducir, pasivamente y con cierto esfuerzo, 45° las caderas.

28

- 3 Las caderas se abducen 45° por una persona con moderado esfuerzo.
- 4 Dos personas son necesarias para abducir las caderas 45°.

– Registro de la *frecuencia de los espasmos*²¹:

- 0 No hay espasmos.
- 1 Un espasmo.
- 2 Entre 1 y 5 espasmos.
- 3 Entre 5 y 9 espasmos.
- 4 10 o más espasmos, o contractura continua.

– *Pendulum Test*: Rémy-Néris et al¹ nos citan esta técnica, en la cual se hace una goniometría de la articulación implicada registrando el movimiento bajo la acción de la gravedad a partir de una posición de referencia. Fácil de aplicar en rodilla, pero no en otras articulaciones; además, es difícil de interpretar la velocidad de desplazamiento, la frecuencia de las oscilaciones,...

FUNDAMENTACIÓN DE LOS MÉTODOS FISIOTERAPÉUTICOS

Para fundamentar la aplicación de métodos fisioterapéuticos en el tratamiento de las alteraciones del tono muscular es necesario conocer sus bases neurofisiológicas. En situación normal, cuando un músculo es distendido se estimulan los receptores de estiramiento (husos neuromusculares), situados en paralelo a las demás fibras musculares (extrafusales), lo que provoca una transmisión del impulso nervioso a través de las fibras aferentes del grupo Ia, que contactan de modo monosináptico con las motoneuronas alfa que, al descargarse, causan contracción muscular²³. Otras fibras aferentes del huso neuromuscular se denominan grupo II, y ejercen efectos de inhibición sobre las motoneuronas flexoras. Las motoneuronas gamma inervan los husos musculares y regulan su sensibilidad a la distensión. Su acción durante el movimiento es provocar contracción de las fibras del huso muscular de manera que siga actuando como sensor aferente durante la contracción para su mantenimiento y regulación. El tono muscular está regulado por fibras retículo-espinales que acompañan a la

vía piramidal y que tienen un efecto inhibidor sobre el reflejo de estiramiento (miotáctico), mientras que la vía vestíbulo-espinal-lateral lo facilita⁶.

Los estudios de Sherrington²⁴ subrayaron la importancia de la inervación reciproca para la regulación del tono postural en el mantenimiento del equilibrio y en la realización de movimientos normales. Estableció que la inhibición era un proceso activo ejercido por el Sistema Nervioso Central.

Los antagonistas son inhibidos y relajados de un modo graduado y adaptado, simultáneamente con los agonistas que se contraen. En consecuencia, ejercen una importante influencia estabilizadora y guiadora sobre el movimiento.

Sherrington también demostró que, en algunas circunstancias, tanto agonistas como antagonistas se encuentran en estado de excitación y contracción simultánea por la inervación reciproca.

En el sujeto espástico parece haber, por un lado, una desviación de la inervación recíproca hacia un exceso de co-contracción, en donde músculos espásticos se oponen igualmente; por otro lado puede también existir una desviación hacia un exceso de inhibición "tórica" reciproca mediante inhibición por antagonistas espásticos.

MÉTODOS FISIOTERAPÉUTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD

Principios del tratamiento de la espasticidad

1. Inhibir tono excesivo.
2. Dar al paciente sensación de posición y movimiento normales.
3. Facilitar patrones de movimiento normales.

Rémy-Néris et al¹ clasifican en cinco grupos los métodos que se han venido utilizando en el tratamiento de la espasticidad:

1. *Técnicas de base*: Instalación y posicionamiento, Movilización, Posturas, Estiramientos.
2. *Métodos neuromotores*: Bobath, Kabat, Brunnstrom.

3. *Métodos sensitivomotores*: Perfetti, Rood.
4. *Electroterapia*: Estimulación Eléctrica Funcional, Electroestimulación T.E.N.S., Biofeedback (señal E.M.G.).
5. *Métodos con agentes físicos*: Vibraciones tendinosas, Crioterapia, Termoterapia.

Esta clasificación es de las más completas que se han publicado, habida cuenta de que la mayoría de los autores se decantan por unas técnicas u otras en función de su experiencia e investigaciones. Por su parte, Chauviers presenta una clasificación muy similar, si bien añade el masaje¹².

Sobre la base de estos autores, y de la revisión de los trabajos de otros, se justifica el presente trabajo, con el que se pretende hacer una reseña lo más completa posible de todos aquellos métodos y técnicas de fisioterapia útiles para tratar la espasticidad con demostrada eficacia. En este sentido, se han dividido las diferentes modalidades de tratamiento en métodos y técnicas

Técnicas

Instalación y posicionamiento

No sólo se trata de proporcionar patrones posturales adecuados, sino de ser cautelosos y cuidadosos en el manejo del paciente con hipertono evitando, por ejemplo, estiramientos intempestivos del músculo que agravarían su espasticidad. Además se procurará mantener las capacidades funcionales²⁵ luchando contra la aparición de retracciones secundarias. Para evitar que el posicionar funcionalmente una articulación nos produzca un hipertono o clonus (como ocurre en el tobillo), actuaremos suave y progresivamente. Así, el mantenimiento de una postura inversa al esquema espástico se podrá conseguir sin despertar el reflejo de estiramiento¹².

Autores como Le Mètayer, entre otros, propone posturas concretas inhibitorias.

Cinesiterapia

Importante para prevenir rigideces articulares y deformidades ortopédicas. Además de contribuir a la dis-

minución de la espasticidad²⁶, Harris et al²⁷ recomiendan las movilizaciones pasivas y lentas en el grado IV del recorrido articular (es decir, corto recorrido al final del arco articular, a modo de estiramiento del músculo espástico). También es importante y eficaz la cinesiterapia pasiva en rotación de las articulaciones proximales.

Esta cinesiterapia pasiva se efectuará de forma manual¹², con palancas lo más cortas posible¹, para así poder adaptar la intensidad del trabajo del fisioterapeuta en función de la respuesta del paciente en el momento.

Proporcionar patrones de movimiento adecuados

Para abordar este concepto, nos remitimos al concepto de Bobath² o al de la F.N.P.: Facilitación Neuromuscular Propioceptiva²⁸.

También hacemos referencia al interesante trabajo de Butefisch, Hummelsheim et al²⁹, quienes demostraron la importancia de la repetición (con inicio activo) de movimientos frecuentes de la mano en las sesiones de fisioterapia, obteniendo, no sólo mejora funcional en pacientes con parálisis centrales, sino además una significativa reducción de la espasticidad.

Estiramiento suaves

Se trata de conseguir una postura de estiramiento muscular máximo¹. Su eficacia funcional ha sido demostrada por diversos autores³⁰, especialmente si se activan voluntariamente los antagonistas³¹.

Férulas-ortesis

Por ejemplo, tipo "Rancho de los amigos", o la típica "férula Volar" en posición de inhibición en mano (con abducción del pulgar). Se relaciona esta técnica con el empleo de estiramientos¹, para mantener la máxima elongación muscular. Hay estudios que avalan el empleo de la ortésica³²; no obstante, es también discutido por algunos autores^{33,34} que plantean la ineficacia de este uso, así como el riesgo de intensificación de la espasticidad.

En este apartado podrían incluirse algunos accesorios y adaptaciones de sillas de ruedas, como los separadores intercruales para controlar el hipertono adductor.

30 Masaje

El masaje estimula los mecanorreceptores cutáneos y conduce a una disminución del tono por inhibición motoneuronal¹². Se considera eficaz el masaje rítmico, profundo y suave (con o sin miorrelajante: salicilato de metilo)

Chauviers cita el empleo de *effleurage* y de *pétrisage* en músculos espásticos, considerando estas técnicas eficaces, pero sólo en el momento de su aplicación.

Xhardez³⁵ hace referencia al masaje de puntos reflejos de Knapp, consistente en aplicar frotamiento progresivo (presiones circulares) con la punta de los dedos en pequeñas zonas que son focos de hipertonia, obteniéndose así una desensibilización y una disminución del tono.

El concepto Bobath actual también propone ciertas formas de amasamiento denominadas "movilizaciones específicas de la musculatura"³⁶.

Facilitación de la motilidad voluntaria de los músculos antagonistas

Para ello podemos valernos de la FN.P.

La justificación del trabajo activo de los músculos antagonistas a los espásticos para que estos, por inervación recíproca, reduzcan su tono fisiológicamente fue magistralmente descrito por Sherrington hace ya casi un siglo^{23,24}.

Feedback mioeléctrico

El método consiste¹² en que el paciente tome conciencia de las variaciones de la actividad eléctrica de ciertos músculos que él deberá controlar voluntariamente, tras el pertinente entrenamiento³⁷. El aparato precisa de electrodos de superficie. La eficacia de este método ha sido demostrada en hemipléjicos por autores como Schleenbacker et al³⁸.

Vibroterapia

Aplicada por medio de vibradores electrónicos que permiten determinar diferentes parámetros de tratamiento como la frecuencia, la amplitud o la presión.

Según estudios realizados por Rood³⁹, los husos neuromusculares pueden ser estimulados por una vibración mecánica aplicada sobre la unión miotendinosa con el músculo en estiramiento, por la cual se produciría una inhibición de los músculos antagonistas debido a que, una vez estimuladas las fibras tipo Ia a través de la vibración, contactan de modo monosináptico con las motoneuronas alfa: éstas se descargan y causan contracción muscular. Estas fibras Ia hacen contacto monosináptico excitatorio con interneuronas inhibitorias que, a su vez, inhiben las motoneuronas alfa de los músculos antagonistas²³.

Un protocolo eficaz¹⁵ propuesto implica una vibración con una frecuencia de 80 Hz y con una amplitud de oscilación de 10 mm aplicada en la unión miotendinosa del antagonista. Otros autores corroboran la utilidad de la vibroterapia^{40,41,42}, si bien hay algunos como Fromm⁴³ que plantea que la aplicación de vibración de alta frecuencia (150 Hz. A 300 Hz) no es eficaz.

Crioterapia

Son múltiples las modalidades de su aplicación³⁵: hielo, agua fría, hielo seco (nieve carbónica), criogel (cold-pack), cloruro de metilo. Es uno de los métodos clásicos, y avalado por autores como Kabat⁴⁴, Price y Lehmann⁴⁵ et al^{14,46-52}. En nuestra experiencia, son recomendables las aplicaciones locales de más de 15 minutos para obtener eficacia, si bien los diferentes autores proponen diversa metodología. En cualquier caso, se adaptará el protocolo a las características del paciente.

Termoterapia

Existen múltiples formas de aplicación de calor para tratar la espasticidad^{50,53}:

- Por irradiación (infrarrojos).
- Por contacto: agua caliente (hidroterapia), parafango (lodo caliente), parafina, "Hot packs" (calentados por inmersión en agua caliente, o por mezcla de sus componentes químicos), fluidoterapia (lecho caliente)⁵⁴.
- Por conducción: electroterapia de alta frecuencia.

Estimulación vestibular

Oscilaciones suaves del paciente espástico apoyado sobre un cilindro o un balón de reeducación suelen ser eficaces para disminuir el hipertono general.

Electroterapia

Estimulación Eléctrica Funcional (FES)^{55,56}: Se trata de la electroestimulación, por medio de corrientes excítomotoras de baja frecuencia con trenes de impulsos rectangulares exponenciales, de músculos sin control nervioso central para conseguir su actividad contráctil con objetivo funcional³⁵. Se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la espasticidad, además de la facilitación de la reprogramación motriz. Kern⁵⁶ aplicó la FES a 10 parapléjicos espásticos durante 8 meses: no sólo disminuyó el hipertono, sino que mejoró la perfusión y trofismo musculares y se incrementó la presencia de enzimas aeróbicas y anaeróbicas.

– Electroestimulación neuromuscular: Existen diversas modalidades⁵⁷, como la estimulación eléctrica medular⁵⁸, o bien a nivel local⁵⁹, directamente sobre el músculo afectado. Un protocolo ejemplo de eficacia puede ser: 20 minutos, baja frecuencia (30-50 Hz), amplitud de impulso 0,5 ms, trenes de impulsos exponenciales de 0,5 segundos.

– T.E.N.S.: Hay estudios que revelan eficacia en el 90 % de los casos⁶⁰. Potisk y Gregory proponen un protocolo de aplicación a lo largo del nervio, con frecuencia de 100 Hz y 20 minutos de aplicación⁶¹. Levin propone aplicaciones más largas (30-45 minutos), durante períodos de unas 3 semanas⁶².

– Estimulación Crónica Cerebelar (CCS): Se han obtenido buenos resultados funcionales en sujetos espásticos variando los voltajes (de 0 a 40) y la frecuencia (de 0 a 200 Hz), aunque los trabajos consultados no indican concretamente la disminución de la espasticidad⁶³.

MÉTODOS

Kabat

Hermann Kabat propone^{44,64}:

– Ejercicios de Contracción-Relajación.

– Trabajo excéntrico (estimulación de órganos tendinosos de Golgi).

– Inhibición recíproca (trabajo activo de antagonistas).

– Crioterapia, aislada o añadida a los ejercicios de contracción-relajación.

– La acumulación de estímulos de estiramiento de la cadena muscular antagonista de la cadena espástica ayuda a controlar la espasticidad.

En caso de espasticidad se dosificarán bien los ejercicios para no aumentarla.

Brunnstrom

Es uno de los métodos clásicos de tratamiento en neurología. Brunnstrom utiliza los esquemas de movimiento primitivos (especialmente sinergias de flexión y extensión) mediante estimulaciones propio y exteroceptivas. Al progresar hacia el control voluntario por parte del paciente bajo resistencia máxima, la evolución del hipertono se desarrolla a lo largo de las siete fases de la recuperación motora; en la 4^a fase disminuye el hipertono, paralelamente al inicio de las combinaciones básicas de movimientos; hacia la 6^a fase, el hipertono desaparece, y la coordinación motora es bastante buena⁶⁵. Rémy-Nérès¹ y Chauviers¹² lo citan como eficaz para tratar la espasticidad, aunque otros autores reflejan la controversia alegando que el empleo de esquemas de movimientos primitivos y su repetición puede aumentar el hipertono⁶⁶.

Bobath

Para Bobath^{1,2,12,67}, el reparto preferente de la espasticidad sobre ciertos grupos musculares genera esquemas sincinéticos que parasitan el movimiento voluntario. El fisioterapeuta ha de inhibir los antagonistas espásticos utilizando posiciones específicas de los *puntos clave* distales, proximales o axiales. Estas posiciones facilitadoras asociadas a estímulos exteroceptivos o proprioceptivos van a permitir seguidamente favorecer el movimiento voluntario.

En general, los fines del *concepto Bobath* se encaminan en dos direcciones:

- 32
- Inhibición reflejos tónicos anormales por reducción o estabilización de la hipertonía.
 - Facilitación de reflejos posturales normales de enderezamiento y equilibrio con progresión hacia una actividad funcional normal.

Vojta

No es un método diseñado directamente para tratar la espasticidad, si bien Vaclav Vojta postula que si se activa una postura adecuada el tono disminuye, en la medida que el tono es un epifenómeno de la postura⁶⁸.

Sin poderlo acreditar científicamente, la posición para la estimulación de la Reptación Refleja según el concepto Vojta, en nuestra experiencia, nos permite apreciar un descenso generalizado del tono en paralíticos cerebrales espásticos.

Rood

Margareth Rood⁶⁹ propone para tratar la espasticidad con cierto control de movimiento voluntario:

- Cepillado suave de músculos antagonistas.
- Evitar extensión total.
- Estiramiento lento para músculos sóleo, cuádriceps, extensores lumbaros y cervicales.
- Contracciones repetidas no resistidas en aductores de hombro y cadera espásticos, flexores de codo y dedos.
- Poner al paciente en posiciones adecuadas para soportar peso: p. ej., miembro inferior en posición neutra y bien alineado.
- Enseñar movimientos sobre segmentos distales fijos, y repitiendo estímulos facilitadores; p. ej., Golpeo en talón mano mientras paciente estira su miembro con la mano abierta.
- Empleo de un cono hueco para reducir el tono en mano (sin que se produzca reflejo de prensión).
- Presiones en tendones superficiales, hielo, vibración, presión en palmas, en hueso pisiforme.

Y en el caso de espasticidad en lesiones medulares completas son válidas las técnicas anteriores excepto las contracciones repetidas sin resistencia.

Phelps

Este ortopedista de Baltimore nos propone su Educación Muscular⁶⁹, por medio de la cual se activan los músculos antagonistas de los espásticos con la intención de poder obtener un equilibrio muscular entre éstos y sus antagonistas débiles. A los atetoides se les enseña a controlar los movimientos articulatorios simples, sin recibir educación muscular.

Plum

Plum apoya el fortalecimiento de los músculos espásticos y de sus antagonistas⁶⁹. Sin embargo, ejercita los músculos espásticos en sus amplitudes externas, ya que, normalmente, estos músculos están acortados, mientras que ejercita a los antagonistas en carreras media e interna.

Perfetti

El neurólogo italiano Carlo Perfetti considera la espasticidad como una suma de síntomas del paciente: un complejo sintomático⁷⁰. Dice que, normalmente, la espasticidad se trata como una única alteración, y con resultados modestos. Los componentes los engloba bajo el concepto de *Específico Motor*, y son los siguientes:

1. Reacción desmesurada al estiramiento (en relación con la velocidad y la importancia del estiramiento).
2. Irradiación patológica.
3. Esquemas elementales (motilidad grosera del paciente, con componentes sinérgicos y más apreciables en la raíz de los miembros).
4. Déficit de reclutamiento motor: dificultad para activar un número adecuado de unidades motoras suficiente para la ejecución de tareas motoras evolucionadas.

Cada componente individualizado puede ser tratado de forma específica por medio de:

- *Ejercicios de primer grado.*

El paciente aprende a relajar, prestando atención a las hipótesis perceptivas propuestas.

No se solicita al paciente contracción muscular.
Son ejercicios para controlar la respuesta exagerada al estiramiento.

– *Ejercicios de segundo grado.*

El paciente empieza a reclutar unidades motoras de forma progresiva y guiada, con lo que ya hay actividad muscular y el movimiento no se desarrolla pasivamente.

Son ejercicios para el control de las irradiaciones y los esquemas elementales.

– *Ejercicios de tercer grado.*

El paciente realiza de manera aún más activa los ejercicios.

Hipoterapia

Este enfoque terapéutico presenta algunas contraindicaciones⁷¹ respecto de su aplicación en pacientes espásticos, como es el caso de severa espasticidad en miembros inferiores, (especialmente en músculos aductores y rotadores internos).

No obstante, puede ser útil para relajar hipertónias no muy severas gracias a la relajación muscular producida por el “calor del animal”, además de la estimulación vestibular determinada por los movimientos sobre el caballo.

Le Metayer

En su protocolo de “Educación Terapéutica” al niño con afectación cerebromotora, al comienzo de cada sesión, antes de cualquier movimiento activo, se buscará la corrección de las posturas anormales y el control automático de las contracciones patológicas⁷². Estas maniobras se efectúan sobre los miembros progresivamente y con suavidad (para conseguir relajación de músculos proximales y distales por medio de su estiramiento). Si es posible, el niño puede reforzar estas posiciones voluntariamente, con órdenes verbales. Esta es la base para, seguidamente, realizar la estimulación de los automatismos cerebromotores innatos, es decir, estimu-

lar los automatismos posturales, antigravitatorios y de locomoción. 33

Terapias manuales

Con técnicas de liberación de bloqueos a nivel cervical y lumbar en paralíticos cerebrales, se ha conseguido reducir la espasticidad en músculos sinérgicos⁷³.

TRATAMIENTOS MÉDICOS Y FARMACOLÓGICOS

A título informativo, citaremos las terapéuticas médicas más habituales:

Farmacología: Baclofeno o beta-4-clorofenil-GABA, Toxina Botulínica, L-Dopa, Dantroleno sodio, Diazepam (benzodiacepinas), Miorrelajantes, Clonidina, treonina, tizanidina.

Cirugía: Destrucción parcial del nervio o de la placa motora por medios químicos (inyección de alcohol al 50 % o de Fenol al 5 %, toxina botulínica); quirúrgicos: rizotomía dorsal selectiva, radicotomías posteriores, neurotomías fasciculares selectivas.

CONCLUSIÓN

No existen dos situaciones iguales de espasticidad según el paciente, la patología,...

Coincidimos con Leland⁷⁴ en que no toda espasticidad necesita tratamiento.

Por lo relatado anteriormente, se aprecia el gran arsenal terapéutico del que dispone la Fisioterapia para el tratamiento de la Espasticidad.

Hay que reconocer que la eficacia de estas terapias suele ser temporal, pero combinadas entre sí (por ejemplo, crioterapia + F.N.P.) ayudan a conseguir una mejora funcional, aspecto fundamental a la hora de tratar pacientes neurológicos.

Este aspecto terapéutico funcional de la Fisioterapia de la Espasticidad es una de las ventajas frente a muchos tratamientos médicos; no obstante, la cuidadosa combinación de ambos campos puede dar buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rémy-Nérès O, Denys P, et al. Espasticidad. En: Kinésithérapie – Médecine Physique – Réadaptation. París: Elsevier, 1997; p. 8.
2. Bobath K. Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral. Buenos Aires: Panamericana, 1997.
3. Garoutte B. Neuroanatomía funcional. Ed. México D.F.: Manual Moderno, 1983.
4. Hernandez R. Temas de biomecánica y patomecánica. Madrid: INSERSO, 1987.
5. Boiteau M, Malouin F, Richards CL. Use of a hand-held dynamometer and a Kin-Com dynamometer for evaluating spastic hypertonia in children: a reliability study. *Phys Ther* 1995;75: (9)796-802.
6. García Conde J, et al. Patología general. Semiología clínica y fisiopatología. Madrid: McGraw Hill/Interamericana de España, 1997.
7. McCarthy GT. Parálisis Cerebral-clínica. En: Downie p, ed. Neurología para Fisioterapeutas. Buenos Aires: Panamericana, 1989; p. 449-55.
8. Rapin I. Disfunción cerebral en la infancia. Barcelona: Ed. Martínez Roca, 1987; p. 94-103.
9. Young RR, Wiegner AW. Spasticity. *Clin Orthop* 1987;219: 50-62.
10. Pedersen E. Management of spasticity on neurophysiological basis. *Scand J Rehabil Med Suppl* 1980;7:68-79.
11. Hufschmidt A, Mauritz KH. Chronic transformation of muscle in spasticity: a peripheral contribution to increased tone. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985;48:(7)676-85.
12. Chauviers C. La spasticité. Mécanismes et traitements masso-kinésithérapeutiques. *Kinésithérapie, les cahiers* 2002;2-3:66-71.
13. Stolp-Smith KA, Wainberg MC. Antidepressant exacerbation of spasticity. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:(3)339-42.
14. García E. Crioterapia en el tratamiento de la espasticidad de la parálisis cerebral. *Fisioterapia* 1999;21:(3)133-8.
15. García E, Padilla I, Franco MA. Vibroterapia en la inhibición de la espasticidad asociada a la enfermedad motriz cerebral. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol* 2001;4:(2)66-74.
16. Villanueva C, Eusebio J. Aplicación del biofeedback electromiográfico en lesiones neuromusculares. *Fisioterapia* 1998;20:12-8.
17. Martínez M, Gómez A. Biofeedback en fisioterapia. *Cuestiones de fisioterapia* 2001;18:1-11.
18. Tona JL, Schneck CM. The efficacy of upper extremity inhibitive casting: a single-subject pilot study. *Am J Occup Ther* 1993;47:(10)901-10.
19. Chauvière C, Malmont-Marchal G, et al. Influence des conditions de mobilisation sur la cotation de l'épreuve de held pour la mesure de la spasticité. *Ann Kinésithér* 1997;24:(1)21-7.
20. Gracies JM. Evaluation de la spasticité. Apport de l'échelle de Tardieu. *Motricité Cérébrale* 2001;22:1-16.
21. Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth Scale of muscle spasticity. *Phys Ther* 1987;67:(2)206-7.
22. <http://neurologia.rediris.es/neurologia/escalas/tono-espasticidad.html>
23. Romero Puertas MF. Efectuación motora. Integración motora a nivel espinal. Reflejos musculares. Sistema nervioso autónomo. En: Avances en Fisioterapia (tomo II). Zaragoza: FEUZ, 1999; pp. 63-90.
24. Sherrington CS. Reflex Inhibition as a factor in the coordination of movements and postures. *Quarterly Journal of Experimental Physiology* 1913;6:251-310.
25. Carr EK, Nura B, et al. Positioning of the stroke patient. A review of the literature. *Int J Nurs Stud* 1992;29:355-69.
26. Barat M, Petit H, et al. Les traitements de la spasticité dans les lésions cérébrales de l'adulte. *Ann Readapt Med Phys* 1993;36:372-80.
27. Harris SR, Lundgren BD. Joint mobilization for children with central nervous system disorders: indications and precautions. *Phys Ther* 1991;71:(12)890-6.
28. Voss DE, Ionta MK, Myers BJ. Facilitación Neuromuscular Propioceptiva. Patrones y técnicas. Buenos Aires: Panamericana, 1996.
29. Butefisch C, Hummelsheim H, et al. Repetitive training of isolated movements improves the outcome of motor rehabilitation of the centrally paretic hand. *J Neurol Sci* 1995;130:(1)59-68.
30. Carey JR. Manual stretch: effect on finger movement control and force control in stroke subjects with spastic extrinsic finger flexor muscles. *Arch Phys Med Rehabil* 1990;71:(11)888-94.
31. Odeon I. Reduction of muscular hypertonus by long term muscle stretch. *Scand J Rehabil Med* 1981;13:(2-3)93-9.
32. Collins K, Oswald P, et al. Customized adjustable orthoses: their use in spasticity. *Arch Phys Med Rehabil* 1985;66:(6)397-8.
33. Mathiowetz V, Bolding D, et al. Immediate effects of positioning device on a normal and spastic hand measured by electromyography. *Am J Occup Ther* 1983;37:(4)247-54.
34. Eysette M. La spasticité de l'hémiplégie, les mohines thérapeutiques. *Concours Med* 1989;111:3291-7.
35. Xhardez Y. Vademécum de kinesioterapia y de reeducación funcional. Barcelona: El Ateneo, 1993; pp. 33-5.
36. Paeth B. Experiencias con el Concepto Bobath. Fundamentos. Tratamiento. Casos. Buenos Aires: Panamericana, 2000.

37. Bouisset S, Maton B. Muscles, posture et mouvement. Bases et application de la méthode électromyographique. París: Hermann, 1995.
38. Schleenbacker R, Mainous AG. Electromyographic-biofeedback for neuromuscular reeducation in hemiplegic stroke patient: a metw analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74:(12)1301-4.
39. Goff B. Método de Rood. En: Downie P. Neurología para fisioterapeutas. Buenos Aires: Panamericana; 1989; pp. 186-202.
40. Faist M, Mazevet D, et al. A quantitative assessment of presynaptic inhibition of Ia afferents in spastics. Differences in hemiplegics and paraplegics. *Brain* 1994;117:(6)1449-55.
41. Iwatsuki H. Effect of vibratory stimulation on silent period in the standing position: a comparison between elderly and young groups. *Journal of Physical Therapy Science* 1989;1:(1)13-9.
42. Takakura N, Iijima S, et al. Vibration-induced finger flexion reflex and inhibitory effect of acupuncture on this reflex in cervical spinal cord injury patients. *Neurosci Res* 1996;26:(4)391-4.
43. Fromm C, Noth J. Reflex responses of gamma motoneurones to vibration of the muscle they innervate. *J Physiol* 1976;256:(1)117-36.
44. Viel E. El método Kabat. Facilitación Neuromuscular Propioceptiva. Barcelona: Masson, 1989;105-17.
45. Price R, Lehmann JP, et al. Influence of cryotherapy on spasticity of the human ankle. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74:(3)300-4.
46. Viel E. Treatment of spasticity by exposure to cold. *Phys Ther Rev* 1959; p. 39.
47. Kelly M. Effectiveness of a cryotherapy technique on spasticity. *Phys Ther* 1969;49:(10)349-53.
48. Miglietta O. Action of cold on spasticity. *Am J Phys Med* 1973;52:(4)198-205.
49. Semenova KA, Bubnova VA, et al. Cryotherapy in the complex restorative treatment of children with infantile cerebral palsy. *Zh Nevropatol Psichiatr Im S S Korsakova* 1986;86:(10)1459-63.
50. Tepperman PS, Devlin M. Therapeutic heat and cold. A practitioner's guide. *Postgrad Med* 1983;73:(1)69-76.
51. Fialka V, Ernst E. Kryotherapy. *Wien Med Wochensr* 1994; 144:(3)42-4.
52. Davies PM. Pasos a seguir. Tratamiento de pacientes con hemiplejia. Buenos Aires: Panamericana, 2003.
53. Preisinger E, Quittan M. Thermo and hydrotherapy. *Wien Med Wochensr* 1994;144:(20-21)520-6.
54. Borrell RM, Henley EJ, et al. Fluidotherapy: evaluation of a new heat modality. *Arch Phys Med Rehabil* 1977;58:(2)69-71.
55. Schupp W, Jund R. Spastic movement disorders: non-medicamentous therapies based on neurophysiologic principles. *Nervenarzt* 1991;62:(12)711-21.
56. Kern H. Functional electrical stimulation in paraplegic spastic patients. *Artif organs* 1997;21:(3)195-6.
57. Franek A, et al. Treatment of spasticity by electrostimulation methods. *Neurol Neurochir Pol* 1987;21:(1)71-7.
58. Gottlieb GL, Myklebust BM, et al. Evaluation of cervical stimulation for chronic treatment of spasticity. *Neurology* 1985 ;35(5):699-704.
59. Carmick J. Clinical use of neuromuscular electrical stimulation for children with cerebral palsy. *Phys Ther* 1993;73:(8)505-22.
60. Seib TP, Price R, et al. The quantitative measurement of spasticity: effect of cutaneous electrical stimulation. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75:(7)746-50.
61. Potisk KP, Gregoric M, et al. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on spasticity in patients with hemiplegia. *Scand J Rehabil Med* 1995;27:(3)169-74.
62. Levin MF, Hui-Chan CW. Relief of hemiparetic spasticity by TENS is associated with improvement in reflex and voluntary motor functions. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1992;85:(2)131-42.
63. Hersler C, Upton AR, et al. Effects of chronic cerebellar stimulation (CCS) setting on the gait and speech of a spastic cerebral palsy adult. *Pacing Clin Electrophysiol* 1989;12;(5)861-9.
64. Noël-Ducret F. Método de Kabat. Facilitación Neuromuscular por la propiocepción. En: Kinésithérapie - Médecine Physique - Réadaptation. París: Elsevier, 2001; p. 18.
65. Sawner K, Lavigne J. Brunnstrom's movement therapy in hemiplegia. A neurophysiological approach. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992.
66. Liom J. L'approche sensoriomotrice de la rééducation de l'hémiplégie. *Concilia Med* 1987;87:158-66.
67. Cochet H, Allamargot T, et al. Concepto Bobath y rehabilitación en Neurología. En: Kinésithérapie - Médecine Physique - Réadaptation. París: Elsevier, 2000; p. 14.
68. Vojta V. Alteraciones Motoras Cerebrales Infantiles. Madrid: Paideia-Atam, 1991.
69. Levitt S. Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor. Buenos Aires: Panamericana, 1996; p. 36-44.
70. Perfetti C, Ghedina R, Jiménez D. El ejercicio terapéutico cognitivo para la reeducación motora del hemipléjico adulto. Barcelona: Edika Med, 1999.
71. Sartaguda M, Hernández S, et al. Hipoterapia. Cuestiones de Fisioterapia 2001;18:75-82.
72. Le Métayer. Reeducación cerebromotriz del niño pequeño. Educación terapéutica. Barcelona: Masson, 1995.
73. Koziavkin VI, Vinogradova LI, et al. The potentials of manual therapy in the neuromotor correction of the statokinetic disorders in infantile cerebral palsy. *Vopr Kurortol Lech Fiz Kult* 1992;2:44-8.
74. Leland Albrigh A. Tratamiento de la espasticidad: las opciones actuales requieren una consideración cuidadosa. *Exceptional Parent* 1997;2:29-35.