

La hiperlaxitud articular como síndrome en el contexto médico

As joint hypermobility syndrome in the medical context

José Pedro Martínez Larrarte

MSc, Especialista en 2do Grado en Reumatología

Laboratorio central de líquido cefalorraquídeo LABCEL. Facultad de medicina Dr. Miguel Enríquez. Centro de Reumatología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El síndrome de hiperlaxitud articular es una de las afecciones que más frecuente atiende el reumatólogo en consultas y salas de medicina; sin embargo, no siempre se interpreta como el responsable de la manifestaciones dolorosas en el sistema osteomioarticular que refieren estos enfermos, revisamos algunos conceptos relacionados con este síndrome, que justifican las consecuencia articulares asociados al mismo.

Palabras clave: síndrome de hiperlaxitud articular, hiperlaxitud articular, síndrome de Ehlers Danlos.

ABSTRACT

The hyperlaxness articulate, and its clinical declarations that give place to the hyperlaxness articulate syndrome , it is one of the complaints that more frequent appear in the medical consultation, nevertheless, in practice daily is little diagnosed, restricting the medical exposition to some of the local expressions that in this entity develop, in this work we raise some of the explanations that give place to its clinical picture, its diagnostic criteria and the therapeutic ways of confronting it, hoping to help in its comprehension.

Keywords: hyperlaxness articulate, hyperlaxness articulate syndrome, joint instability, joint hypermobility.

DESARROLLO

Se denomina síndrome de hiperlaxitud articular (SHA) a una serie de manifestaciones dolorosas articulares y en otras localizaciones, relacionadas con la presencia de mayor elasticidad en prácticamente todas las estructuras del organismo, las cuales pueden ser generalizadas o no, y acompañarse de signos inflamatorios o degenerativos articulares.¹

El fundamento de su patología se encuentra en diversas alteraciones en las fibras de colágeno, que forma parte del tejido conectivo, de sostén de las diferentes estructuras del organismo.²

Las manifestaciones clínicas del SOMA pueden fluctuar desde dolores moderados asociados a mialgias, artralgias, dolor de espalda, tendinitis en diferentes zonas de inserción, cervicalgia braquialgias, lumbalgias, hasta severos cuadros de subluxaciones, o luxaciones articulares que pueden acelerar el deterioro de estas.³

Los desplazamientos en direcciones no anatómicas consecutivas durante años, producen distensiones ligamentosas y tendinosas, inestabilidad articular, cambios degenerativos y desarrollo de artrosis en edades tempranas de la vida, entre otras manifestaciones clínicas que se mencionan en la tabla 1.

MANIFESTACIONES DEL SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR (SOMA)

Tabla 1. Manifestaciones clínicas en el SOMA del síndrome de hiperlaxitud articular.³

Síntomas músculo-esqueléticos
<p>Características generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel suave, laxa, pálida, transparente las venas, venas prominentes, mala cicatrización (cicatrices papiráceas, queloides), telangectasias, lívido reticularis. • Hematomas recurrentes. Confusión con maltrato infantil y con la enfermedad de Von Willebrand • Artralgias o mialgias por más de 3 meses. Dolor crónico difuso, poco anatómico, semejante a la fibromialgia. Dolor en zonas de entesitis, semejantes a los "puntos dolorosos" • Dolor de espalda, hiperlordosis lumbar, discopatías o hernia del núcleo pulposo, a temprana edad. • Historia de tendinitis, bursitis, radiculitis o lesiones deportivas recurrentes. • Hiperlaxitud articular. Tablas 1 y 2 Facilidad de extender el dedo meñique a 90° o más; capacidad de extender los dedos <i>mano en forma de ave volando</i> o hacer <i>el signo del pulgar horizontal</i> o el signo de "afirmarse la cabeza con la mano" • Crujidos articulares importantes • Subluxaciones articulares, incluyendo problemas de la articulación temporo-mandibular • Artrosis precoz en personas jóvenes, artrosis erosiva y artrosis de evolución rápida. Ocasionalmente asociada a condrocalcinosis • Densidad mineral ósea baja u osteoporosis en hombres y mujeres jóvenes, sin causa aparente. Poco frecuente la fracturas patológicas en estos enfermos jóvenes, probablemente porque tienen menor tendencia a caerse • <i>Hallux valgus</i>, en jóvenes. • Hábito marfanoide: Jóvenes altos y delgados, con extremidades largas, aracnodactilia, a veces con <i>pectum excavatum</i> o <i>pectum carinatus</i> o con costillas prominentes. • En niños: Retardo en comenzar a caminar, <i>dolores del crecimiento</i>, falta de concentración, torpeza en los movimientos, dislocaciones o subluxaciones recurrentes. Contorsiones del cuerpo <i>niño de goma</i> o "actos malabares" con las manos.
<p>Malformaciones congénitas asociadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escoliosis en la infancia, displasia de cadera, rodillas rotadas, <i>genu recurvatum</i>, alteraciones de los pies <i>pie plano</i>, <i>laxo</i>, <i>cavo</i>, <i>pie egipcio</i>, <i>hallux valgus en jóvenes</i>, <i>sindactilia parcial</i>, espina bífida oculta, espondilolistesis, <i>pectus excavatum</i> o <i>carinatum</i> y costillas prominentes.

Para su diagnóstico, se han elaborado una serie de criterios por diferentes grupos de investigadores, entre los que se encuentran los de Beighton PH y los de Jaime Rotes Querol Tabla 2 y 3.^{4,5}

Tabla 2. Criterios de Beighton PH para plantear hiperlaxitud articular.⁴

Se aplica una puntuación de 0 a 9 a los pacientes, dándoles un punto en cada una de las siguientes maniobras:

a) Flexión dorsal pasiva del dedo meñique mayor de 90° (un punto por cada mano)
b) Aposición del pulgar a la cara palmar del antebrazo (un punto por cada mano)
c) Hiperextensión del codo mayor de 10° (un punto por cada extremidad)
d) Hiperextensión de la rodilla mayor de 10° (un punto por cada extremidad)
e) Flexión del tronco hacia delante, hasta tocar el suelo con la palma de las manos sin flexionar las rodillas.

Los pacientes se consideraron hiperlaxos si la puntuación es de 4 o superior

Tabla 3. Criterios de hiperlaxitud ligamentaria del Dr. Jaime Rotes Querol.⁴

Grados de laxitud	1-14 años	15 años o +
1. Hiperextensión del codo	10°	5°
2. Hiperextensión rodilla	5°	5°
3. Angulo metacarpo-falángico	100°	90°
4. Flexión palmar del pulgar	0°	0°
5. Abducción simultanea caderas	95°	90°
6. Angulo metatarso falángico	100°	90°
7. Rotaciones cervicales	90°	85°
8. Hipermovilidad lumbar subjetiva	si	si
9. Tocar el suelo estando de pie	puño	puño
10. Rotación externa hombro	90°	85°

- **Grado I:** Los que presentan hasta una cuarta parte de los criterios positivos (de 0 a 2).
- **Grado II:** Los que presentan entre una cuarta parte y la mitad de los criterios positivos (de 3 a 5).
- **Grado III:** Los que presentan entre la mitad y tres cuartos de los criterios positivos (de 6 a 8).
- **Grado IV:** Los que presentan más de tres cuartos de los criterios positivos (de 8 a 10).

OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Independientemente del deterioro que puede establecerse paulatinamente con el paso de los años en el SOMA, la presencia de mayor elasticidad, que también puede interpretarse como menor dureza expresada en otras estructuras, hacen que los elementos clínicos aparezcan en otros órganos y sistemas, como en el digestivo, oftalmológico y circulatorio, la piel, entre otros.⁶ [Tabla 4]

Una enfermedad que con frecuencia se interpreta como un SHA es el tipo III o variante hiper móvil del síndrome de Ehlers Danlos, que algunos autores consideran que se trata de la misma entidad.⁷

Entre estas entidades, que incluyen afecciones en los tegumentos, tejido de sostén como músculos y huesos y fibras colágenas tenemos: el síndrome de Marfán, la osteogénesis imperfecta y el síndrome de Ehlers Danlos;^{8,9} específicamente la variante Hiper móvil, o tipo III. *Tabla 4*

Tabla 4. Clasificación actual y anterior del síndrome de Ehlers Danlos.⁷

Clasificación actual del SED	Clasificación anterior
SED clásico	SED tipo I-II
SED hipermovilidad	SED tipo III
SED vascular	SED tipo IV
SED de tipo cifoescoliosis	SED tipo VI
SED de tipo artrocalasia	SED tipo VII
SED de tipo dermatosparaxis	SED tipo VII

COMPLICACIONES

Es muy probable que las manifestaciones osteoarticulares de un paciente que con SHA, obeso, y vida sedentaria, se agraven y necesite dosis más altas de analgésicos o miorelajantes, favoreciendo el terreno para que aparezcan manifestaciones inflamatorias articulares, que necesariamente implicaría otras indicaciones terapéuticas.¹⁰

Tabla 4. Manifestaciones clínicas extrarticulares del Síndrome de hiperlaxitud articular.¹⁰

Alteraciones debidas a tejidos débiles:
<ul style="list-style-type: none"> • Escleras azules, miopía, estrabismo. • Acrocianosis, arritmias, fenómeno de Raynaud • Hernias, venas varicosas en gente joven, hemorroides, varicocele, prolapso vaginal o rectal, prolapso de la válvula mitral. • Abortos, infertilidad, ruptura prematura de membranas, desgarros vaginales y hemorragias en el parto. • Neumotórax espontáneo • Constipación severa, incluso megacolon, reflujo, colon irritable y diverticulosis. Hipermovilidad de la lengua.
Síntomas neurofisiológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del sistema nervioso autónomo (SNA): • Disautonomía. Es una disfunción autonómica que se debe a un desbalance del SNA y disminución del tono de las venas en las extremidades inferiores, secundario a la alteración del colágeno caracterizada por fatiga crónica, mareos y síncope ocasionales, hipotensión ortostática y taquicardia postural ortostática. • Xeroftalmia y xerostomía • Colon irritable. • Percepción exagerada del dolor, con mala respuesta a los analgésicos locales y frecuente existencia de dolor crónico, a veces invalidante. <p>Alteración de la propiocepción, con alteración del balance y coordinación.</p>
Síntomas neuropsiquiátricos
<ul style="list-style-type: none"> • La depresión, ansiedad, crisis de pánico y fobias se pueden heredar junto con el SHA. • Puede existir intranquilidad, cefaleas, jaquecas, piernas nerviosas, calambres, mala memoria, falta de concentración, desorientación y falta de motivación.

TRATAMIENTO

Siempre que se identifique un paciente joven que muestre rasgos de hiperlaxitud articular, o cuando presente las primeras manifestaciones clínicas, se le debe explicar las características propias de su biotipo y las posibilidades de desarrollar algunas de

los elementos clínicos descritos anteriormente; de ser posible, se debe orientar que profesiones no debe ejercer, estimular la actitud para el ejercicio físico moderado, y las indicaciones posturales adecuadas.¹¹

El enfoque terapéutico de estos pacientes debe ir encaminado a incorporar ejercicios activos en su vida diaria, de manera que despabile o aumente la masa muscular estriada, necesaria para limitar los desplazamientos articulares extremos que provocan sufrimiento y deterioro articular; debiendo evitar los deportes de combate y en los que se impliquen traumatismos severos.

Las orientaciones posturales como dormir en colchones ortopédicos, mantener la espalda erguida en la posición de sentado, el uso de calzado o plantillas ortopédicas cuando están indicadas, o algunos variantes de órtesis como las fajas lumbosacras, deben formar parte de las indicaciones médicas en estos pacientes.

Los dolores asociados al SHA deben tratar de controlarse con analgésicos, o relajantes musculares de la fibra estriada; los antiinflamatorios no esteroideos deben reservarse para cuando se asocie un síndrome inflamatorio articular.¹²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menéndez Alejo F, Menéndez Alejo I, Rodríguez Hernández M. Hiperlaxitud hipermovilidad articular en adolescentes. *Rev Mex Pediatr.* 1994;61:188-91.
2. Beighton P, Grahame R, Bird H: *Assesment of Hypermobility. En Hypermobility of Joints. Third Edición. London. Springer- Verlag limited.* 1999:9-22
3. Rotes Querol J, Granados Durán J, Ribas Subirós R, Mitra J, Muñoz J. Síndrome de laxitud articular. *Medicina Clínica.* 1973;60:605-14.
4. Grahame R, Bird Ha, Child A, Dolan L, Edwardsfowler A, Ferrell Wr, et al. *The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of the benign joint hypermobility syndrome. J Rheumatol.* 2000;27:1777-9.
5. Rotes-Querol J, Argany A. *La laxitud articular como factor de alteraciones del aparato locomotor. Rev Esp Reumatol.* 1957;1:59-62.
6. Miranda Gómez A, Frías Ancona G, Hierro Orozco S. Hiperelasticidad cutánea e hiperlaxitud articular. *Problemas no clasificados. Dermatología Rev Mex.* 2008;52(3):111-20.
7. Bravo Jaime F. Síndrome de Ehlers-Danlos con especial énfasis en el síndrome de hiperlaxitud articular. *Rev. méd. Chile.* 2009;137(11):1488-97.
8. Zurita Ortega F, Ruiz Rodríguez L, Martínez Martínez A, Fernández Sánchez M, Rodríguez Paiz C, Lopez Liria R. Hiperlaxitud ligamentosa (test de Beighton) en la población escolar de 8 a 12 años de la provincia de Granada. *Reumatol Clin.* 2010;6(1):5-10.
9. Menéndez-Alejo F, Martínez-Rodríguez V, Mederos-Oviedo A. *La Hipermovilidad Articular en Consulta de Reumatología. Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet].* 2003 [citado 9 enero 2013];1(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/180>
10. Bravo JF. *Importancia de la hipermovilidad articular como causa frecuente de morbilidad, no sólo músculo-esquelética, sino también sistémica: criterios diagnósticos. Reumatología.* 2003;19:33-8.
11. Duró JC, Bulbena A. *Laxitud articular. Nuevas perspectivas. Rev Esp Reumatol.* 1996;23:73-5.
12. Menéndez-Alejo F. *De la laxitud a la hipermovilidad articular. Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet].* 2005 [citado 9 enero 2013];7(7-8):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/108>

24 de enero de 2013