

Casos Clínicos

Síndrome de hiperlaxitud articular como causa de dolor

**Victòria Sabaté Cintas¹, Eva Pablos Herrero¹,
Rosa M^a Andreu Alcover¹**

1 Médica de família, ABS Creu Alta (Sabadell)

2 Médica de família, CAP Sant Oleguer (Sabadell)

CORRECTORES

Mència Benítez Camps (Comité editorial)

Xavier Mas Garriga (Grupo de Reumatología)

Correspondencia:

Victòria Sabaté Cintas

Dirección electrónica: vicsabate@camfic.org

Publicado: 1 de septiembre del 2009

Butlletí 2009, 27:12

Éste artículo está disponible en:

http://butlleti.camfic.org/Volum_26/CC_Sindrome_Hiperlaxitud_CAST.aspx

Éste es un artículo Open Access distribuíd según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

Introducción

El síndrome de hiperlaxitud articular (SHA) se define como un aumento en la elasticidad de los ligamentos con movilidad articular aumentada tanto activa como pasiva. Se estima una prevalencia en la población general del 14% con claro predominio en mujeres. Se considera una causa frecuente de dolor crónico generalizado.

Descripción del caso

Mujer 37 años sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas. Antecedentes de escoliosis lumbar y migraña. Consulta por dolor generalizado en brazos, piernas y columna de 6 meses de evolución con características mecánicas e inflamatorias. Refiere posible rigidez matutina sin otros síntomas destacables (no astenia ni trastornos del sueño).

En la exploración física no se detectan deformidades articulares ni óseas, no presenta signos de artritis, contractura muscular ni limitación funcional. Tiene dolor a la palpación en 5 de los 18 puntos de fibromialgia y llama la atención una hiperextensión de codos y rodillas.

Analítica: Hemograma, bioquímica, VSG, PCR, Tiroides (TSH, T4), CPK, FR, ANA, calcemia, fosforemia y vitamina-D todo normal.

Radiografía de rodillas normales.

Se descarta la artropatía degenerativa, la poliartritis y la fibromialgia. Se llega al diagnóstico de Síndrome de hiperlaxitud articular cumpliendo los 2 criterios mayores de Brighton: Artralgias en más de 4 articulaciones durante más de 3 meses y 7 puntos en los criterios exploratorios de Beighton: Aposición del pulgar izquierdo en el antebrazo (**figura 1**), flexión del tronco hasta que las palmas tocan el suelo, hiperextensión $>10^\circ$ de las dos rodillas, hiperextensión $>10^\circ$ de los dos codos (**figura 2**).

FIGURA I. Aposición del pulgar izquierdo en el antebrazo.



FIGURA II. Hiperextensión >10° del codo.



El tratamiento se basa en tonificación muscular, evitar sobrecargas y analgesia mientras persista el dolor.

Discusión

El SHA es una alteración generalizada del colágeno con aumento de la elasticidad y la movilidad ¹. Es más frecuente en mujeres de entre 15 y 50 años y se considera que un 10% de ellas tiene dolor crónico generalizado ^{2,3}.

El diagnóstico ^{4,5} se realiza por exclusión de otras patologías (artropatía degenerativa, poliartritis, osteomalacia, politendinitis y fibromialgia) y a partir de los criterios diagnósticos de Brighton. **(Tabla 1)**

Tabla 1. Criterios diagnósticos de Brighton

2 criterios mayores o uno mayor y dos menores o cuatro menores o dos menores y un familiar de primer grado laxo

MAYORES:

- 1.-Puntuación de Beighton superior a 4 sobre 9.
- 2.-Artralgias >4 articulaciones durante > 3 meses

MENORES:

- 1.-Puntuación de Beighton 1-3 sobre 9.
- 2.-Artralgias 1-3 articulaciones o lumbalgia > 3 meses.
- 3.-Luxaciones articulares > 1 articulación y/o > 1 ocasión.
- 4.-Más de 3 reumatismos en partes blandas (tendinitis, bursitis, epicondilitis).
- 5.-Habito marfanoide.
- 6.-Alteraciones cutáneas (hiperextensión piel, cicatrices papiráceas...)
- 7.-Alteraciones oculares (párpados caídos, miopía...)
- 8.-Prolapso rectal/uterino. Hernias. Varices.

CRITERIOS EXPLORATORIOS DE BEIGHTON

- 1.-Aposición del pulgar al antebrazo.
- 2.-Flexión tronco hasta que palmas toquen suelo.
- 3.-Hiperextensión >10° en rodilla.
- 4.-Dorsiflexión 5° dedo mano > 90°.
- 5.-Hiperextensión de codo >10°.

Puntuación:

1,2,4 y 5 bilateral (1 punto por cada lado).

2: un único punto.

Total: máximo: 9 puntos.

El tratamiento se basa en evitar sobrecargas en articulaciones y estructuras para-articulares, conseguir una adecuada tonificación muscular y tomar fármacos analgésicos y/o antiinflamatorios en las épocas de mayor dolor⁶. Conclusión: Existen muchas causas de dolor crónico generalizado; debemos conocerlas todas para poder hacer un buen diagnóstico y adecuar su posterior tratamiento (**tabla 2**).

Tabla 2. Causas de dolor crónico generalizado

1. Fibromialgia.
2. Poliartrosis.
3. Inflatatorias: Lupus Eritematoso Sistémico, Polimialgia Reumática, Artritis Reumatoide, otras artritis.
4. Hipotiroidismo.
5. Hiperparatiroidismo, Osteomalacia.
6. Causas psiquiátricas: Depresiones encubiertas, Trastornos conversivos.

Es importante considerar el SHA como causa de dolor crónico generalizado y asimilarlo como una opción diagnóstica en la que no se suele pensar demasiado en atención primaria. Debemos incorporarlo de forma

habitual en nuestro diagnóstico diferencial a la hora de valorar a los pacientes con dolor y realizar una exploración física dirigida. Especialmente sencillo y rentable es explorar el grado de extensión de brazos y piernas.

Bibliografía

1. JV, Keer RJ. Hypermobility and the hypermobility syndrome. *Man Ther* .2007 Nov;12(4):298-309. Epub 2007 Jul 20.
2. Remvig L, Jensen DV, Ward RC. Epidemiology of general joint hypermobility and basis for the proposed criteria for benign joint hypermobility syndrome: review of the literature. *J Rheumatol*. 2007 Apr;34(4):804-9. Epub 2007 Jan 15.
3. Bird HA. Joint hypermobility. *Musculoskeletal Care*.2007 Mar;5(1):4-19.
4. Simpson MR. Benign joint hypermobility syndrome: evaluation, diagnosis, and management. *J Am Osteopath Assoc*.2006 Sep;106(9):531-6.
5. Hakim A, Grahame R. Joint hypermobility. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003 Dec;17(6):989-1004.
6. Gonzalez Saavedra I, Ciria recasens M. "Me duele todo". *AMF* 2007;3(6):338-343.