

Casos Clínic

Síndrome d'hiperlaxitud articular com a causa de dolor

**Victòria Sabaté Cintas¹, Eva Pablos Herrero²,
Rosa M^a Andreu Alcover¹**

1 Metge de família, ABS Creu Alta (Sabadell)

2 Metge de família, CAP Sant Oleguer (Sabadell)

CORRECTORS

Mènci Benítez Camps (Comitè editorial)

Xavier Mas Garriga (Grup de Reumatologia)

Correspondència:

Victòria Sabaté Cintas

Adreça electrònica: vicsabate@camfic.org

Publicat: 1 de setembre de 2009

Aquest article està disponible a

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol27/iss3/2/>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

Introducció

El síndrome d'hiperlaxitud articular (SHA) es defineix com un augment en l'elasticitat dels lligaments amb mobilitat articular augmentada tant activa com passiva. S'estima una prevalença en la població general del 14% amb clar predomini en dones. Es considera una causa freqüent de dolor crònic generalitzat.

Descripció del cas

Dona 37 anys sense hàbits ni al·lèrgies medicamentoses. Antecedents d'escoliosis lumbar i migranya. Consulta per dolor generalitzat en braços, cames i columna de 6 mesos d'evolució amb característiques mecàniques i inflamatòries. Refereix possible rigidesa matutina sense altres símptomes destacables (no astènia ni trastorns del son). En l'exploració física no es detecten deformitats articulars ni òssies, no presenta signes d'artritis, contractura muscular ni limitació funcional. Té dolor a la palpació en 5 dels 18 punts de fibromiàlgia i crida l'atenció una hiperextensió de colzes i genolls.

Analítica: Hemograma, bioquímica, VSG, PCR, Tiroides (TSH, T4), CPK, FR, ANA, calcèmia, fosforèmia i vitamina D tot normal. Radiografia de genolls normals.

Es descarta l'artropatia degenerativa, la poliartritis i la fibromiàlgia. S'arriba al diagnòstic de Síndrome d'hiperlaxitud articular complint els 2 criteris majors de Brighton: Artràlgies en més de 4 articulacions durant més de 3 mesos i 7 punts en els criteris exploratoris de Beighton: Aposició del polze esquerre en l'avantbraç i (figura 1), flexió del tronc fins que els palmells toquin el terra, hiperextensió $>10^{\circ}$ dels dos genolls, hiperextensió $>10^{\circ}$ dels dos colzes (figura 2).

FIGURA I. Aposició del polze esquerra en l'avantbraç.



FIGURA 2. Hiperextensió >10° del colze.



El tractament es basa en tonificació muscular, evitar sobrecàrregues i analgèsia mentre persisteixi el dolor.

Discussió

El SHA és una alteració generalitzada del col·lagen amb augment de l'elasticitat i la mobilitat ¹. És més freqüent en dones d'entre 15 i 50 anys i es considera que un 10% d'aquestes té dolor crònic generalitzat ^{2,3}. El diagnòstic ^{4,5} es realitza per exclusió d'altres patologies (artropatia degenerativa, poliartritis, osteomalàcia, politendinitis i fibromiàlgia) i a partir dels criteris diagnòstics de Brighton. **(Taula 1)**

Taula I. Criteris diagnòstics de Brighton

2 criteris majors o un major i dos menors o quatre menors o dos menors i un familiar de primer grau lax

MAJORS:

- 1.-Puntuació de Beighton superior a 4 sobre 9.
- 2.-Artràlgies >4 articulacions durant > 3 mesos

MENORS:

- 1.-Puntuació de Beighton 1-3 sobre 9.
- 2.-Artràlgies 1-3 articulacions o lumbàlgia > 3 mesos.
- 3.-Luxacions articulars > 1 articulació i/o > 1 ocasió.
- 4.-Més de 3 reumatismes en parts toves (tendinitis, bursitis, epicondilitis).
- 5.-Hàbit marfanoide.
- 6.-Alteracions cutànies (hiperextensió pell, cicatrius papiràcies...)
- 7.-Alteracions oculars (parpelles caigudes, miopia...)
- 8.-Prolapse rectal/uterí. Hèrnies. Varices.

CRITERIS EXPLORATORIS DE BEIGHTON

- 1.-Aposició del polze a l'avantbraç.
- 2.-Flexió tronc fins que els palmells toquin el terra.
- 3.-Hiperextensió >10° en genoll.
- 4.-Dorsiflexió 5° dit mà > 90°.
- 5.-Hiperextensió de colze >10°.

Puntuació:

1,2,4 i 5 bilateral (1 punt per cada costat).

2: un únic punt.

Total: màxim: 9 punts.

El tractament es basa a evitar sobrecàrregues en articulacions i estructures para-articulars, aconseguir una adequada tonificació muscular i prendre fàrmacs analgèsics i/o antiinflamatoris en les èpoques de més dolor ⁶.
Conclusió: Existeixen moltes causes de dolor crònic generalitzat; les hem de conèixer totes per poder fer un bon diagnòstic i adequar el seu posterior tractament (**taula 2**).

Taula 2. Causes de dolor crònic generalitzat

1. Fibromiàlgia.
2. Poliartrosi.
3. Inflamatòries: Lupus Eritematos Sistèmic, Polimiàlgia Reumàtica, Artritis Reumatoide, altres artritis.
4. Hipotiroidisme.
5. Hiperparatiroidisme, Osteomalàcia.
6. Causes psiquiàtriques: Depressions encobertes, Trastorns conversius.

És important considerar el SHA com a causa de dolor crònic generalitzat i assimilar-lo com una opció diagnòstica en la qual no s'acostuma a pensar massa en atenció primària. L'hem d'incorporar de forma habitual en el nostre diagnòstic diferencial a l'hora de valorar als pacients amb dolor i realitzar una exploració física dirigida. Especialment senzill i rendible és explorar el grau d'extensió de braços i cames.

Bibliografia

1. Simmonds 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.