

# Significado e Importancia de Estudiar a las Personas con Hiperlaxitud Articular

## Editorial

El tener **Hiperlaxitud Articular** (HA) sin síntomas es sólo una particularidad, pero si hay síntomas debidos a su condición se trata de una enfermedad, llamada **Síndrome de Hiperlaxitud Articular** (SHA). La verdadera frecuencia de la HA es difícil de establecer, ya que varía con la edad, sexo y raza, siendo mayor en niños, mujeres y en las razas orientales. Por lo general se estima que afecta entre el 10% y 15% en población de países occidentales (usando el score de Beighton).

El SHA es extremadamente frecuente en Chile y en países latinos. Por lo general este síndrome no es diagnosticado. Es probablemente la causa más frecuente de dolor en Reumatología. El score de Beighton sirve para dar una idea de la hiper movilidad articular, pero es insuficiente para el diagnóstico del SHA. El criterio de Brighton validado por Grahame (1998) ha venido a facilitar este diagnóstico. Recientemente, usando sistemáticamente este criterio, se ha encontrado el SHA en el 45% de las Clínicas Reumatológicas en Londres y en una cifra mayor aún en Santiago de Chile. Nuestro porcentaje es de 80%, lo que demuestra la alta frecuencia de hiperlaxitud en la población chilena (39%), teniendo en cuenta que nuestra clínica es un centro de referencia de estos enfermos que explica tan inusitada frecuencia.

Es necesario poder diferenciar los distintos tipos de Alteraciones Hereditarias de la Fibra Colágena, puesto que las posibles complicaciones varían de un cuadro a otro. Es conocido el hecho que en el síndrome de Marfan puede haber dilatación o ruptura de la arteria aorta, neumotórax espontáneo y osteoporosis. El neumotórax espontáneo se puede ver también en el SHA de tipo marfanoide y en el Ehlers-Danlos Vascular (SEDV). En la Osteogénesis Imperfecta el principal problema son las múltiples fracturas desde la niñez. A nosotros los reumatólogos nos interesan más los Síndromes de Ehlers-Danlos, ya que son mucho más frecuentes en nuestras consultas de lo que ordinaria-

mente se cree. Si en Chile la hiperlaxitud articular existe en el 39% de la población y el dolor músculo-esquelético en el SHA es la causa más frecuente de dolor en Reumatología, es muy probable que en nuestras clínicas por lo menos el 50% de los enfermos tenga SHA, solo o asociado a una artritis. En el 15% de nuestros 1.200 casos de SHA, ha existido una artritis asociada. El SHA es, para la mayoría de los autores, lo mismo que el antiguamente llamado SED tipo III. Por un tiempo se le llamó SHA Benigno, en relación al SED-IV, vascular, que es más grave. El SHA no es tan benigno, ya que puede ocasionar muy mala calidad de vida, complicaciones importantes e incluso puede llegar a ser incapacitante. Además de dolores músculo-esqueléticos es importante estudiar la DMO en todos los enfermos con SHA, ya que hemos encontrado que el 19% de hombres y mujeres menores de 30 años tienen osteoporosis. En este mismo grupo etario encontramos Disautonomía (fatiga crónica, mareos y a veces desmayos) en el 40% de los hombres y 64% de las mujeres. Lo importante es que la Disautonomía, que produce muy mala calidad de vida, responde muy bien al tratamiento.

Es frecuente que veamos enfermos con artralgiás que realmente tienen SHA, a los que por tener exámenes de laboratorio en valores limítrofes se les ha diagnosticado LES, AR o Artropatía Soriática sin soriasis. En enfermos con dolor de espalda, entesitis, costocondritis y criterio de Brighton positivo, el diagnóstico diferencial de SHA versus pelvispondilopatía puede ser difícil. Hay que recordar que la Xeroftalmía y Xerostomía no sólo se ven en el Sjögren, sino también en el SHA, debido al trastorno del sistema nervioso autónomo, que suele existir en estos enfermos. La acrocianosis, que es frecuente en el SHA, debida a alteración vascular periférica, se suele confundir con el Raynaud, el que existió sólo en el 2% de nuestros enfermos. Hay muchos enfermos diagnosticados como Fibromialgia que en realidad son SHA, ya que en ambos cuadros hay artralgiás, mialgiás, puntos dolorosos o ente-

sitis, dolor de espalda, colon irritable, reflujo, fatiga crónica y exámenes de laboratorio normales.

Al SED Vascular (SEDEV) le hemos dedicado un artículo especial en este número de la revista, ya que es imprescindible tener el diagnóstico antes que aparezca una complicación arterial grave, que puede ser fatal. El conocer el diagnóstico con anterioridad puede salvar la vida del enfermo. Es menos frecuente, pero más grave que el SHA. Como también tiene herencia autosómica dominante, se le debe sospechar cuando se conoce de un familiar que lo padece. Es importante que las complicaciones arteriales graves, a veces fatales, ocurren en el 25% antes de los 20 años de edad y el 80% antes de los 40 años. Igualmente, es importante recordar que los enfermos con SEDV no son muy laxos, de modo que si una persona tiene marcada laxitud articular lo más probable es que no tenga SEDV.

El desconocimiento de la importancia de la Hiperlaxitud Articular es una realidad generalizada. Para la mayoría de los médicos y del público en general se trata de una curiosidad o “un juego de niños” o “un acto circense” y no de un problema médico potencialmente serio. Ya en el año 2001 Grahame escribió un editorial titulado: “Ya es tiempo de que se tome seriamente la hipermovilidad articular”, y en ese mismo año, en un estudio de los reumatólogos de Inglaterra, notó que la gran mayoría de ellos desconocía este síndrome. La revista *Arthritis & Rheumatism* ha publicado sólo un trabajo sobre el Síndrome de Hipermovilidad Articular, lo que indica que el SHA es también desestimado en EE.UU.

Las razones de esta falta de interés mundial son múltiples: a los pacientes se les diagnostican problemas puntuales como tendinitis, bursitis, subluxaciones, sin darse cuenta de que padecen de un cuadro más complejo llamado SHA. Si se reconoce que el enfermo tiene hiperlaxitud, no se pone atención a su significado ni a posibles complicaciones. La muy alta frecuencia de hipermovilidad articular, la falta de conocimiento de que ella está relacionada a daño de múltiples órganos, además de que el cuadro clínico no es dramático, de que no hay signos inflamatorios y de que no existen exámenes de laboratorio, ni signos radiológicos típicos y de que existe la sensación de que el tratamiento no es efectivo, hace que los médicos no se interesen en el diagnóstico de estas afecciones. Los reumatólogos, al igual que los estudiantes de Medicina, no han sido entrenados en cómo examinar al enfermo hiperlaxo y la mayoría de los reumatólogos no conocen o no usan los criterios diagnósticos que permiten reconocer a estos enfermos. El tener hojas impresas con el criterio de

Brighton para el SHA y el criterio de Villefranche para el SEDV y usarlas en enfermos para ver si cumplen dichos criterios, nos ha facilitado a nosotros el diagnóstico de esta patología.

Creemos que el mayor conocimiento de estas enfermedades por el público y por los médicos redundará en una mejor calidad de vida de los enfermos, facilitará el diagnóstico y mejorará la prevención y tratamiento precoz de las complicaciones generales y, en especial, de la Osteoporosis, Disautonomía y de las rupturas arteriales y de órganos.

**Dr. Jaime Bravo Silva,**

Deptos. de Reumatología,

Hospital San Juan de Dios y Clínica Arauco Salud

jaime.bravos@gmail.com

www.reumatologia-dr-bravo.cl