



LAXITUD ARTICULAR Y SÍNDROME DE HIPERMOVILIDAD ARTICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Cristina Guerra Frutos¹, Norma García González², Rosa Vives Alard³

¹ Residente en M.F.R. Hospital Celia Sánchez Manduley. Granma. Cuba.

leonelg@infomed.sld.cu

² MSc. Profesor Asistente. Especialista 1^{er} grado en M.F.R. Hospital Celia Sánchez Manduley. Granma. Cuba.

³ Especialista 1^{er} grado en M.F.R. Hospital Celia Sánchez Manduley. Granma. Cuba

RESUMEN

Introducción: la Laxitud Articular es un hallazgo frecuente en la población universal y también puede ser un signo común de numerosas enfermedades como es el síndrome Benigno de hipermovilidad articular. **Presentación del caso:** paciente de 8 años de edad, femenina que es remitida por su médico de familia a la consulta de Fisiatría por presentar dolores articulares. Los estudios radiológicos fueron positivos y confirmaron el diagnóstico. **Discusión:** se realizan radiografías, se aplicaron pautas de tratamientos integradores funcionales así como el uso de la M.N.T. **Conclusiones:** al término de la conclusión de ambas fases, el paciente ha disminuido el dolor, ha mejorado su estado, crear en los pacientes adolescentes hiperlaxos hábitos de estilo de vida saludable a través del ejercicio físico terapéutico y la práctica de yoga

Palabras clave: laxitud articular, síndrome de hipermovilidad articular.

INTRODUCCIÓN

La *Laxitud Articular* (LA) es un hallazgo frecuente en la población universal y también puede ser un signo común de numerosas enfermedades como es el síndrome Benigno de *Hipermovilidad Articular* (SBHA), el cual aunque es una patología frecuente, está infradiagnosticada en la mayoría de los países y es causante de



importantes problemas para la salud, de síntomas articulares y extra articulares, pudiendo desarrollar osteoporosis y osteoartritis entre otras. ⁽¹⁾

La Hiperlaxitud Articular (HA) es el aumento exagerado de la movilidad de las articulaciones, su incidencia es mayor en mujeres y niños, su frecuencia oscila entre un 5 a 15 % de la población y va decreciendo al aumentar la edad, se acompaña de molestias en el aparato locomotor definiéndose este cuadro como *Síndrome de Hiperlaxitud Articular*; para los anglosajones es conocido como de Hiper movilidad Articular. La morbilidad de la HA varía de acuerdo a la edad, sexo y raza; en Cuba alcanza el 11 % de los adolescentes con predominio femenino y sin variaciones en el color de piel. ⁽²⁾

La laxitud articular suele ser un síntoma permanente de las Enfermedades hereditarias del tejido conectivo como son el *síndrome Ehler Danlos*, *síndrome de Marfan* y osteogénesis imperfecta; entre estos grupos extremos con LA reconocida se sitúa un grupo que no cumplimentan los criterios diagnósticos de EHTC ni LA aislada porque se acompañan de síntomas articulares y extra articulares que podrían estar reflejando una afectación orgánica o funcional de la mencionada matriz de tejido conectivo, es este grupo el que define mejor el SHA. Su causa es desconocida, aunque se han encontrado anomalías de carácter hereditario en las fibras de colágeno, probablemente a causa alguna mutación genética que hace que el tejido conjuntivo del organismo presente en ligamentos, tendones, vasos sanguíneos, piel y en otras muchas localizaciones sea más elástico de lo normal pero más frágil por lo que se producen lesiones con mayor facilidad y con traumas mínimos. ⁽³⁾ Los síntomas son variados, los más frecuentes son las molestias en músculos y articulaciones sobre todo en miembros inferiores, dolores que ocurren sin causa aparente, en ocasiones derrames articulares después de un esfuerzo o sobrecarga de las articulaciones en especial las rodillas, aparición de chasquidos articulares, tendinitis, capsulitis, "*torceduras de tobillo*", tortícolis a repetición, luxaciones, lumbalgias, equimosis con traumas mínimos, escoliosis, tendencia a padecer várices, hernias, "*palpitaciones*", ansiedad entre otros. ⁽⁴⁾



Según la Sociedad Española de Reumatología el diagnóstico se basa en la anamnesis y exploración física, ya que los exámenes complementarios suelen estar dentro de límites normales. Para la exploración física se utiliza las 9 maniobras exploratorias descritas en el SCORE de Beighton que puntúa 1 punto si son positivas y 0 si son negativas siendo diagnóstico de SHA la suma de 4 puntos o más. Existen otros: test de Rotés-Querol, que añaden maniobras exploratorias de otras articulaciones y el score de Brighton que amplía el score de Beighton por añadiduras de manifestaciones no musculoesquelética. ⁽⁵⁾

Cuadro 1. Criterios de Beighton para plantear Hiperlaxitud Articular:

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. (*1 punto*).

Nota: los pacientes se consideraron hiperlaxos si la puntuación es de 4 o superior.

Además de los signos y síntomas osteomioarticulares mencionados, pueden presentar otras manifestaciones clínicas derivados de cualquiera de las zonas afectadas (cuadro 2) lo que ha dado lugar a el criterio de Brighton, al evaluar otros tejidos afectados y sumarlo a los criterios de Hiperlaxitud de Beighton (cuadro 1) ayudando de esta forma a precisar más el diagnóstico de SHA cuando existan dudas en pacientes con más de 16 años.

Cuadro 2. Manifestaciones clínicas en el SOMA del síndrome de Hiperlaxitud articular.

Síntomas músculo-esqueléticos y características generales:



- Piel suave, laxa, pálida, transparente las venas, venas prominentes, mala cicatrización (cicatrices papiráceas, queloides), telangetasias, 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, discopatía o hernia del núcleo pulposo, a temprana edad.
- Historia de tendinitis, bursitis, radiculitis o lesiones deportivas recurrentes.
- Hiperlaxitud articular. Facilidad de extender el dedo meñique a 90° o más; capacidad de extender los dedos "mano en forma de ave volando" o hacer "*el signo del pulgar horizontal*" 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 las fracturas patológicas en estos enfermos jóvenes, probablemente porque tienen menor tendencia a caerse.
- Hallux valgus, en jóvenes.
- Hábito marfanoide: jóvenes altos y delgados, con extremidades largas, aranodactilia, a veces con *Pectum excavatum* o *Pectum carinatus* o con costillas prominentes.
- En niños: retardo en comenzar a caminar, "dolores del crecimiento", falta de concentración, torpeza en los movimientos, dislocaciones o subluxaciones recurrentes. Contorsiones del cuerpo ("*niño de goma*") o "actos malabares" con las manos.
- Malformaciones congénitas asociadas:



Escoliosis en la infancia, displasia de cadera, rodillas rotadas, Genus Recurvatum, alteraciones de los pies (pie plano, laxo, cavo, pie egipcio, *Hallux valgus* en jóvenes, sindactilia parcial), espina bífida oculta, espondilolistesis, *Pectus excavatum*, *Pectus carinatum* y costillas prominentes. ⁽⁶⁾ Es un trastorno benigno y aunque no puede curarse, sí puede ir disminuyendo la intensidad y frecuencia de aparición de los síntomas al aplicar la prevención y medidas terapéuticas, y a pesar que no afecta las expectativas de vida, es causa de morbilidad y por tanto afecta la calidad de la misma, lo cual nos motivó a realizar esta presentación de caso.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 8 años de edad, femenina que es remitida por su médico de familia a la consulta de Fisiatría por presentar dolores articulares, a predominio de las rodillas. Al interrogatorio a la madre de la paciente nos refiere que desde muy pequeña, la niña realizaba movimientos exagerados de los brazos y las piernas, que aparecían "moretones" en la piel sin causa aparente y que desde hace aproximadamente 3 años se queja de dolores en codos, rodillas y en columna vertebral, a veces sentía dolores "punzantes" en nariz y ojos, además de palpitaciones. Al examen físico, como datos positivos se manifiestan:

Piel: suave, laxa, presencia de lunares en cara, hematomas en muslos y piernas
Columna vertebral: clínicamente se corrobora desviación escoliótica de la columna vertebral. Dolor a la digito presión de vértebras dorsales y lumbares. Miembros superiores: manos en forma de "*ave volando*".

Miembros inferiores: pies cavos, rodillas en *recurvatum* a la estación de pie.

Aparato Cardiovascular: tonos cardíacos rítmicos y taquicardicos. Pulso: 96/min.

Al aplicar el SCORE de Brighton: se obtiene un puntaje de 9.

Interconsulta con Reumatología: corroborar la Impresión diagnóstica de Síndrome de

Hipermovilidad Articular; se le realizan complementarios:



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

TASO: negativo, **Factor reumatoideo:** negativo, **Hb:** 12.8 g/l, **Leucocitos:** 7.1×10^9 ,

Segmentados: 58, **Eosinófilos:** 0, **Linfocitos:** 42, **Glicemia:** 3,8 mmol/l, **Ácido úrico:** 122 mmol/l, **Urea:** 27 mmol/l, **TGP:** 22.7 UI, **TGO:** 31.9UI, **Creatinina:** 70,9 mmol/l, **Eritrosedimentación:** 7 mm, **E.K.G:** normal, **RX de columna vertebral AP y lateral:** se comprueba curva escoliótica de 12 grados. **Plaquetas:** 203×10^9 , **Citurgia:** negativa.

Diagnóstico como síndrome benigno de Hipermovilidad articular y es remitida a fisioterapia para tratamiento.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR

- Mantener arcos articulares.
- Mantener fuerza muscular.
- Prevenir deformidades y tratar las que existen.
- Aliviar el dolor.
- Tratar el componente ansioso que presenta
- Evitar el exceso de movilidad de las articulaciones.
- Retardar la artrosis y la osteoporosis.
- Reincorporar a su medio social y estudiantil.

PAUTAS DE TRATAMIENTO

Educación sanitaria a la paciente y familia.

Apoyo psicológico.

Tratamiento postural

Agentes físicos: calor Infrarrojo 5 a 10 minutos en articulaciones de las rodillas previo al ejercicio, perpendicular a la zona a tratar por 10 sesiones.

Kinesioterapia: ejercicios fortalecedores de miembros superiores e inferiores, suaves.

Ejercicios de relajación, ejercicios de Williams 30 sesiones.

Masaje relajante en región dorso lumbar 10 sesiones.

Medicina natural tradicional: yoga 30 sesiones.



Terapia Ocupacional: actividades estimulantes, ejercicios encaminados a mantener arcos articulares y fuerza muscular. 30 sesiones.

Al término del tratamiento, la paciente está asintomática, tiene un estado optimista y se han cumplido los objetivos trazados en su rehabilitación. Se envía a su hogar con un programa de ejercicios para un área terapéutica y para su hogar así como de posturas yoga, se recomienda práctica de natación 3 veces por semana y se otorga re consulta al mes.

DISCUSIÓN

En esta entidad el tratamiento debe ir dirigido a prevenir los síntomas y complicaciones asociadas, mejorar el dolor, desarrollar y fortalecer la musculatura estriada de todo el organismo para facilitar la estabilización de las articulaciones. La prevención de las manifestaciones clínicas y las complicaciones merita de mucha paciencia por parte del equipo de asistencia.

(6)

Es fundamental que el enfermo comprenda, cómo y cuál es el origen de sus síntomas, y de esta forma hacerlo partícipe de manera activa en su tratamiento. Se necesita de su voluntad, cuando se trate de modificar algunos elementos en su estilo de vida, como dormir y sentarse en posiciones fisiológicamente adecuadas, disminuir el peso corporal o no llegar al sobrepeso nunca; de igual forma se hace necesario orientar cuáles son las profesiones o tareas laborales adecuadas por las que debe optar y las que debe evitar siempre que existan las posibilidades. (7)

Con frecuencia el uso de medidas fisioterapéuticas como el frío y el calor, masajes, electro acupuntura y reposo, resuelven la evolución favorable de las manifestaciones dolorosas. El uso de férulas si dolor agudo. Para atenuar el dolor una vez que éste se ha establecido, se debe preferir el uso de analgésicos como la duralgina o el acetaminofen; no obstante, cuando se desarrollan procesos inflamatorios como tendinitis, bursitis o artritis, se hace necesario el uso de los *AINES*, incluso recurrir a los esteroides de manera local en infiltraciones, con los que se logran efectos beneficiosos transitorios e



inmediatos, que facilitan pasar a actividades musculares rehabilitadoras, aunque su uso no es aconsejable por algunos autores. ⁽⁸⁾

El ejercicio, es el puntal fundamental del tratamiento, éste debe dirigirse a fortalecer la musculatura estriada de manera general y de manera particular a los músculos estabilizadores de articulaciones que soportan peso, como en los miembros inferiores o columna vertebral; deben realizarse de manera activa y de forma regular, para desarrollar

o devolver la fuerza y el tono a la musculatura estriada que conservan las articulaciones en su posición fisiológica; es la forma más adecuada de atenuar los movimientos articulares sobrepasados sin control que se presentan en estos pacientes, el mismo debe ser suave y sin forzar las articulaciones. En este sentido es recomendable la natación o el ciclismo, la práctica de yoga, taichi, pilates u otras técnicas de relajación, así como el soporte psicológico. Los deportes extremos, en exceso y de combate deben evitarse. ⁽⁹⁾

Algunos autores preconizan el empleo de terapias complementarias como la balneoterapia, la aromaterapia y la acupuntura. La participación en el tratamiento debe incluir a los padres, maestros e instructores deportivos de los pacientes en edad pediátrica con *SBHA* por la necesidad de particularizar una conducta terapéutica que detenga la evolución hacia un síndrome crónico de más difícil control. Otros autores ⁽⁵⁾ plantean que toda mujer en edad de concebir debe tomar 1 tableta de ácido fólico diaria durante toda su vida fértil, teniendo en cuenta que la carencia del mismo en el período preconcepcional produce malformaciones del tubo neural, de riñones y vías urinarias así como el síndrome de Hiper movilidad Articular, entre otras. *Hernández Martín* ⁽¹⁰⁾ al en un estudio realizado encontraron que los niños con este síndrome tienen mayor frecuencia de trastornos de ansiedad. Por los beneficios que se reportan de la aplicación de la terapia yoga en pacientes con patologías como la enfermedad cerebrovascular, asma Bronquial y otras con componente de ansiedad se puede aplicar en esta enfermedad. La práctica del yoga mejora la postura, el equilibrio, incrementa la fuerza y la densidad ósea, mejora capacidad muscular, etc.



Fig.1. Giro inverso brazo izq. **Fig.2.** Flexión extrema. **Fig.3.** Brazo y mano a espalda
(Todas las fotos del trabajo realizado en la investigación fueron autorizadas
previa autorización de los padres de la paciente.)

CONCLUSIONES

Crear en los pacientes adolescentes hiperlaxos hábitos de estilo de vida saludable a través del ejercicio físico terapéutico y la práctica de yoga. Dar importancia respectiva a la detección del SBHA para prevenir y modificar las complicaciones posteriores a través de campañas de detección tanto del SBHA como de trastornos de la postura y derivarlos para tratamiento respectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chávez-Güitrón LE, Cerón-Torres T, Sobacchi C, Ochoa-Ruiz E, Villegas-Huesca S. Autosomal recessive osteopetrosis type I: description of pathogenic variant of *TCIRG1* gene [Internet]. 2018 [citado 29 Jun 2020]; 75(4). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462018000400255&lang=es
2. Aburad de Carvalhosa A, Tarquinio Marinho KC, Souza Castro PH de, Henrique Borges A, Ricci Volpato LE, Magdalena Giovani E. Osteomyelitis of the maxilla in a patient with Malignant Infantile Osteopetrosis. Rev Esp Oral Maxilofac [Internet]. 2016 [citado 29 Jun 2020]; 38(2): 96-100. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v38n2/caso_clinico4.pdf



3. Medina Orjuela A, Rosero Olarte O, Rueda Plata PN, Sánchez Escobar F, Chalem Choueka M, González Reyes MA, et al. II Consenso Colombiano para el Manejo de la Osteoporosis Posmenopáusica. Rev Colomb Reumatol [Internet]. 2018 [citado 29 Jun 2020]; 25(3): 184–210. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcrc/v25n3/0121-8123-rcrc-25-03-184.pdf>
4. Neubert A, Fripp J, Engstrom C, Gal Y, Crozie S, Kingsley M. Validity and reliability of computerized measurement of lumbar intervertebral disc height and volume from magnetic resonance images. Spine J. 2014;14:2773-81.
5. Patiño O, Beribé R, Bordachar D, Intelangelo L, Araya R. Análisis de equivalencia entre cuatro escalas de evaluación funcional del hombro en pacientes operados del manguito de los rotadores y en pacientes con diagnóstico de hombro doloroso: Estudio transversal y observacional. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. [citado 10 Jul 2021]; 76(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185274342011000100006
6. Lena Fortuny R, Friol González JE. Fibromialgia y magnetoterapia. Rev Cubana Reumatol. [citado 9 Jul 2021]; 4(1): 56-70. Disponible en: <http://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/viewFile/244/394>
7. Savarirayan R, Bompadre V, Bober MB, Cho TJ, Goldberg MJ, Hoover Fong J, Irving M, Kamps SE, Mackenzie WG, Raggio C, Spencer SS, White KK. Skeletal Management Consortium. Best practice guidelines regarding diagnosis and management of patients with type II collagen disorders. GenetMed. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41436-019-0446-9>
8. Bayhan IA, Abousamra O, Rogers KJ, Bober MB, Miller F, Mackenzie WG. Valgus hip osteotomy in children with spondyloepiphyseal dysplasia congenita: Midterm results. J Pediatr Orthop. 2019; 39(6):282–8 53.



9. Arbelo Figueredo MC, Estévez Perera A, González Méndez B, Porro Novo J.
Caracterización clínica y criterios diagnósticos en mujeres con Hiper movilidad articular. Rev. Cubana Reumatol (Internet) 2017. Disponible en: <http://www.reevreumatologia.sld.cu/index.php/reumatología/article/view/543>
10. Hernández Martín AD, Puerto Noda I, Morejón Barroso O, Méndez Rodríguez SN. Guía clínica para la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas. Medisur [Internet]. 2017 [citado 18 Ene 2021];15(1):[aprox. 20 p.]. disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms18115.pdf>
11. Cigna [Internet]. EUA: Cigna HealthCare of Arizona, Inc; 2020 [citado 18 Ene 2021]. Healthwise. Espondiloartropatías: Generalidades del tema. <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/espondiloartropatas-hw87580spec>