

Hospital General Docente (Aleida Fernández Chardiet)  
Provincia La Habana, Cuba

## La Hiper movilidad Articular en Consulta de Reumatología

Autores : Dr. Francisco M. Menéndez Alejo \*, Dr. Vicente Martínez Rodríguez \*\*, Dra.  
Aracely Mederos Oviedo \*\*\*

\* Especialista de Segundo Grado en Reumatología.

\*\* Especialista de Primer Grado en Bioestadística.

\*\*\* Especialista de Primer Grado en Laboratorio Clínico

### Resumen

Se realiza un estudio en 378 individuos, 301 del sexo femenino y 77 del sexo masculino, con edades entre los 15 años o más, remitidos a consulta de Reumatología por el especialista de atención primaria durante el primer trimestre de 1998, con el fin de determinar en los mismos la frecuencia de Hiper movilidad articular (HA), y los tipos de reumatismos asociados a la misma. El 17.1 % de los pacientes estudiados fueron hipermóviles. La HA predominó en el sexo femenino, y al parecer predispone entre los 14-25 años a padecer Gonalgias, y entre los 25-44 años a Raquialgias y Fibromialgia. La Osteoartrosis y los Reumatismos inflamatorios no se asociaron a la condición de hipermóvil en ninguno de los grupos de edades analizados. Este estudio demuestra una importante relación entre HA y algunos tipos de Reumatismos articulares en pacientes cubanos, su probable papel causal y en el pronóstico y tratamiento de los mismos por lo que hace énfasis en la búsqueda de signos de HA en el examen de rutina del paciente que acude a Consulta de Reumatología.

Palabras claves: Hiper movilidad articular; Reumatismos articulares; Raquialgias; Gonalgias; Fibromialgia.

### INTRODUCCION

La Hiper movilidad Articular (HA) ha sido definida como el incremento de la movilidad articular por encima de los rangos considerados normales entre la población general, asociada a síntomas musculoesqueléticos (1). La morbilidad de la HA varía de acuerdo a la edad, sexo y raza de los estudiados. En nuestro país alcanza al 11% de los adolescentes, con predominio femenino y sin variaciones importantes en el color de la piel (2).

Los estudios que recogen la importancia de la HA en la determinación de alteraciones esqueléticas, son numerosos (3,4). No ocurre así en las investigaciones relativas a los cuadros sintomáticos asociados a la misma, que ha sido estudiada solo por escasos autores de otras latitudes (5). En nuestro medio se desconocen la frecuencia con que acuden los

pacientes hipermóviles a la consulta de Reumatología, los tipos de reumatismo que con mayor frecuencia aparecen en estos pacientes, así como los grupos de edad más afectados en relación con los reumatismos asociados a la H.A. En este trabajo se describe nuestra experiencia.

### MATERIAL Y METODO

El grupo en estudio estuvo constituido por 378 individuos, 301 del sexo femenino y 77 del sexo masculino, de 15 años o más remitidos a la consulta de Reumatología por médicos de asistencia primaria del territorio de la Provincia de la Habana en el período entre los meses de Enero a marzo de 1998.

A los mismos se les aplicó un modelo de encuesta que recogió: datos demográficos, criterio de Carter y Wikilson modificados por Beighton para el

diagnóstico de H.A (6), criterios para el diagnóstico de fibromialgia de A.C.R.(7) y diagnósticos clínicos primarios.

Los datos fueron procesados y resumidos en números y porcentos, llevados a tablas de vaciamiento confeccionadas al efecto, para verificar su asociación estadística se realizó la prueba de comparación de proporciones, fijándose un nivel de significación de  $p \leq 0.05$ . Se utilizó para ello el programa Statcalc de la versión 6.02 de Epiinfo.

## RESULTADOS

La Tabla 1 muestra la proporción de H.A encontrada que fue de 17.1% y el predominio femenino entre todas las estudiadas.

La Tabla 2 muestra los principales diagnósticos

realizados y su distribución entre los estudiados. Las Raquialgias, las Gonalgias y la Fibromialgia alcanzan resultados significativos entre los pacientes con HA. La Tendinitis-bursitis alcanza valores cercanos a la significancia. La Osteoartrosis y los Reumatismos inflamatorios no se asocian a la condición de tener HA.

Por último la Tabla 3 refleja como la condición de tener HA entre los 14-25 años predispone a padecer Gonalgias, así como las Raquialgias aparecidas entre los 25-34 años y la Fibromialgia entre los 25-44 años. Todo lo contrario ocurre con los Reumatismos inflamatorios y la Osteoartrosis diagnosticadas a los 55 años o más que resultan significativamente ligados a los no hipermóviles.

**Tabla 1.** Distribución de la muestra según sexo y condición de hipermovilidad

SEXO	HIPERMOVILES		NO HIPERMOVILES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FEM.	62	16.4	239	63.2	301	79.6
MASC.	3	0.79	74	19.5	77	20.3
TOTAL	65	17	313	83	378	100

\* Criterios de Carter y Wilkinson

**Tabla 2.** Distribución porcentual de pacientes, según hipermovilidad y diagnóstico

DIAGNOSTICO	HIPERMOVILIDAD				VALOR DE P
	SI		NO		
	Nº	%	Nº	%	
FIBROMIALGIA	20	30	18	5.4	0.01 *
RAQUIALGIA	32	49	104	33	0.01 *
GONALGIA	5	7.6	11	3.0	0.04 *
TEND / BURSITIS	4	6.1	45	14.6	0.06
R. INFLAMATORIO	2	3.0	61	19.1	0.00 *
OSTEOARTROSIS	2	3.0	78	25.2	0.00 *

\* Valores de P estadísticamente significativos, o sea menor de 0.05

**Tabla 3.** Distribución de los hipermóviles según edad y patologías asociadas.

EDAD	FIBROMIALGIAS	RAQUIALGIAS	GONALGIAS	R INFLAMATORIOS	OSTEOARTRITIS
15 A 24 AÑOS	NS	NS	0.04 *	NS	NS
25 A 34 AÑOS	0.01 *	0.001 *	NS	NS	NS
35 A 44 AÑOS	0.04 *	NS	NS	NS	NS
45 A 54 AÑOS	NS	NS	NS	NS	NS
55 Y MAS	NS	NS	NS	NS	NS

*P menor de 0,05*

## DISCUSION

Como se muestra en este estudio la HA es un hallazgo común entre los pacientes remitidos a Consulta de Reumatología. Apareció en el 17% de los atendidos y predominó en el sexo femenino; cifras similares han sido reportadas por otros autores (5).

Entre los diagnósticos más frecuentemente realizados en nuestros pacientes con HA, encontramos las Raquialgias, que resultaron estadísticamente significativas para el grupo de edades comprendidas entre los 25- 34 años. Pensamos que las mismas pudieran estar asociada a los defectos posturales que se presentan desde muy temprana edad en los individuos hipermóviles (2), así como a los cambios degenerativos discales que se observan en ellos a partir de la 2da década de vida (8).

Otro diagnóstico realizado con frecuencia en los hipermóviles fue el de Fibromialgias (30% de los afectados) y con ello, coincidimos con los resultados del estudio realizado por Hudson y cols (15). La relación entre HA y Fibromialgias aún no ha sido establecida. Pensamos que el dolor somático, que aparece desde edades tempranas en el paciente hipermóvil (2), pudiera estar determinando una tolerancia disminuida al síntoma (dolor) y al desarrollo posterior de Fibromialgias, como ya ha sido postulada en su patogenia (9). Por otra parte los traumas físicos identificados como la causa más frecuente de Fibromialgias secundarias (10), también son más frecuentes en los pacientes con HA (11). En la población general la Fibromialgia suele aparecer después

de los 40 años (9), sin embargo, en nuestra casuística apareció a edades más tempranas. Este hallazgo pudiera estar determinada por la HA, lo que hasta donde se ha podido conocer, no ha sido reportado por otros autores.

En cambio, la relación entre Gonalgias y HA en pacientes jóvenes si es conocida (11). En este estudio también la observamos, pero asociada a crepitación rotuliana, lo cual sugiere el diagnóstico de Condromalacia a este nivel (12).

Bird y cols (13) y Grahame y cols (14) han observado asociación significativa entre Osteoartrosis y HA. Nosotros no la observamos. Otros autores coinciden con nuestros resultados (5) Lo que si está establecido es que la hipermovilidad generalizada desaparece con el avance de la edad y que en la osteoartrosis ocurre lo contrario.

Tampoco encontramos asociación entre HA y los reumatismos inflamatorios, al igual que en otros trabajos (5). Biro y cols sí la han reportado en población juvenil (15). Pensamos que estas divergencias pudieran estar condicionadas por el tipo de reumatismo inflamatorio diagnosticado y las edades de comienzo de los mismos. En nuestra casuística casi todos fueron Artritis Reumatoidea, que como se conoce debutan con mayor frecuencia alrededor de la 5ta década de vida (16).

Este trabajo demuestra la importante asociación entre HA con algunos tipos de Reumatismos, su probable papel causal, y para el pronóstico y tratamiento

de los mismos; hace énfasis en la búsqueda de sus signos en el examen físico de rutina del paciente que acude a consulta de Reumatología.

### Bibliografías

1. Kirk JA, Ansell BM, Bywater GL. Hiper mobility Sydrome. Musculoskeletal complains associated and hiper mobility. *Ann Rheum Dis* 1997; 26: 419-425.
2. Menendez Alejo F, Menendez Alejo I , Rodriguez Hernández M. La hiper laxitud articular y el Síndrome de hiper movilidad articular en adolescentes. *Rev Cubana Pediatr* 1994; 8 (1-2): 68'72.
3. Rotes Querol J. La laxitud articular. En *Reumatología Clínica*. Barcelona Edit Espax. 1983: 525-27
4. Briggs AJ, Smith E, Neig J. Joint Hiper mobility in adults refered to Reumatology Clinics. *Ann Rheum Dis* 1992;51(6): 793-96
5. Hudson N, Star MR, Esdaile JM , Fitzcharles MA. Diagnostic association with hiper mobility in rheumatology patients. *British J rheum* 1995;34: 1157-61
6. Beighton P, Hozau F. Dominant inheritance in family generalized articular hiper mobility. *J Bonne Joint Surg* 1970;52: 145-7.
7. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The america: College of Rheumatology 1990 criteria for the clasification of fibromialgia. *Arth Rheum* 1990;33;160-72.
8. Gómez Naranjo J, Luaces Galvan O. Etiopatogenia de la sacrolumbalgia. *Rev Cub Ortop* 1994;8: 30-6.
9. Wallace DJ. The Fibromialgia Syndrome. The Finish medical Society Duodecim. *Ann Med* 1997; 29: 9-2
10. Wolfe F. Fibromialgia: the Clinical Syndrome. *Med Clin North Am* 1989;15:1-18.
11. Acasuso M, Collantes E, Sanchez P. Joint hiper laxity and musculoligaments lesions. *British J Rheum* 1993;32:120-22.
12. Gonzalez Griego J. Artroscofia de la rodilla: experiencias de un reumatólogo. *C Habana; Ciencias Médicas*: 20-32.
13. Bird HA, Tuibe C, Bacon P. Joint Hiper mobility leading to osteoarthritis and condrocalcinosis. *Ann Rheum Dis* 1987;37:103-7
14. Grahane R. How often when and how does joint hiper mobility lead to Osteo-arthritis. *Br J Rheumatol* 1985; 28: 320.
15. Biro F, Gewantes H and Baum J. The hiper mobility Syndrome. *Pediatric* 1983;72:701-6.
16. Krane SM, Simon L. Rheumatoid Arthritis. Clinical features and pathogenetic mechanics. *Clin Med North Am* 1986. 70: 2; 263-84.