

Extraído de la web de la Asociación Síndrome de Hiperlaxitud de Inglaterra (HMSA), <http://www.hypermobility.org>

## ***DOLOR E HIPERLAXITUD***

Cuando el Síndrome de Hiperlaxitud apareció por primera vez en la literatura médica en 1967, se definió como la presencia de síntomas musculoesqueléticos (predominantemente dolor) que ocurrían en individuos sanos.

Treinta años más tarde los médicos piensan que probablemente hay dos tipos de hiperlaxitud. El primero es una forma suave que ocurre en personas cuyas articulaciones son como las de todo el mundo pero que tienen una amplitud de movimiento mayor que la de la mayoría de las personas. El otro, una forma más acentuada, tiene rasgos que sugieren que podría formar parte de una enfermedad hereditaria del tejido conectivo parecida a la forma hiperlaxitud del Síndrome de Ehlers-Danlos, antiguamente denominada Ehlers Danlos tipo III. Probablemente sea Síndrome de Ehlers-Danlos. En realidad, en estos momentos, no se sabe a ciencia cierta si el Síndrome de Hiperlaxitud es una forma menos severa del SED III. El dolor puede ocurrir de varias formas.

En el resto del artículo, y con el fin de evitar confusiones, me referiré a las dos formas como si fuera una, Síndrome de Hiperlaxitud/Síndrome de Ehlers-Danlos (SHA/SED).

Hay muchas personas en el mundo con articulaciones hiperlaxas que no experimentan (o muy poco) ningún síntoma. La mayoría de ellas ni tan siquiera saben que son hiperlaxas. Entonces algo sucede y empiezan a sentir dolor por primera vez en sus vidas. Habitualmente un cambio en el estilo de vida o ejercicio al que no están acostumbrados, provoca el comienzo del dolor. Sea cuando sea que empiecen los síntomas, y sea cual sea la causa del dolor, se utilizará el término de SHA. Las personas con articulaciones hiperlaxas pero sin dolor son simplemente personas hiperlaxas.

Un hecho poco conocido es que la hiperlaxitud ocurre en algunos individuos en algunas articulaciones, no en todas. La hiperlaxitud no tiene por qué afectar todas las articulaciones de un individuo. Pero, incluso si la hiperlaxitud en una sola articulación causa dolor o inestabilidad en esta articulación el diagnóstico sigue siendo SHA/SED.

La hiperlaxitud nace con uno. Está en los genes. Es la forma en la que estamos hechos. Pero

¿cómo es que personas con hiperlaxitud pueden estar literalmente perfectas durante décadas, y de repente comenzar a sentir dolor en todo el cuerpo que puede hacer su inoportuna aparición en la infancia, la adolescencia o en la vida adulta?. Para explicar estas curiosas y aparentemente inexplicable cosas, nosotros hacemos la hipótesis de que la persona afectada, en este caso la persona hiperlaxa, tiene una debilidad innata en su colágeno o alguna proteína similar. Esta debilidad hace que los tejidos del cuerpo sean menos fuertes y menos capaces de hacer frente a las demandas físicas de la vida diaria. Así podemos explicar el dolor y toda una serie de lesiones que aparecen tras mínimos traumatismos cuando hay un desequilibrio entre las demandas físicas por un lado, y la fortaleza del cuerpo para hacerles frente por otro. Existen un montón de dolorosas lesiones que pueden resultar de este hecho, desde dislocaciones a fracturas, prolapsos discales, esguinces, distensiones musculares, tendones inflamados (como codo de tenista o fascitis plantar) etc... Estas condiciones pueden afectar a cualquier persona pero suceden más fácilmente en las personas con SHA/SED. Si cada uno de nosotros conoce sus posibilidades y sus puntos débiles y fuertes, cada uno debería ser capaz, al menos en teoría, de mantenerse entre los límites seguros y de esa manera protegerse a sí mismo de las lesiones. Hasta aquí esto es así. Algunas personas con SHA/SED son capaces de modificar su estilo de vida, pero otras lo encuentran más difícil.

Una articulación que empieza a desgastarse, comienza a perder su cartílago, el cual es esencial para un movimiento suave y correcto entre los huesos adyacentes. Este desgaste significa el comienzo de la osteoartritis, una condición dolorosa en sí misma. Es una condición muy común en la mediana edad y en la vejez, una condición por la que las personas hiperlaxas parecen tener predisposición, en muchas ocasiones, a una edad joven. Es importante establecer de la manera más correcta posible si el dolor es debido a un traumatismo y/o sobreutilización o al precoz comienzo de la osteoartritis, puesto que el tratamiento será diferente. El énfasis en el primero será la prevención mientras que en el segundo será el tratamiento de una forma u otra.

De todas maneras, ni la susceptibilidad para las lesiones o sobreutilización (lesiones repetitivas), ni la osteoartritis, explican el dolor que se siente en el SHA/SED. Existe mucho más que todo esto. Y aquí aparece una zona gris donde hay más especulación que hechos.

**“LAS INFLUENCIAS EMOCIONALES PUEDEN  
AMPLIFICAR EL DOLOR, PERO NO LO CAUSAN”.**

Intentemos encajar las piezas del rompecabezas. El dolor es algo que nosotros sentimos. Incluso aunque tenga una causa física, como sin duda la tiene en el SHA/SED, es, sin duda, una experiencia subjetiva. A menudo va acompañada de un intenso y fuerte sentimiento de cansancio. La severidad del dolor que sentimos está muy influenciado por el estado de nuestra mente. Si estamos preocupados tiende a aumentar. Si estamos contentos tiende a disminuir.

Las personas con SHA/SED están a menudo en la primera categoría, y por una buena razón. El desconocimiento de esta condición es muy grande y esto, junto con el fracaso para recibir en tratamiento adecuado o alivio de los síntomas conduce a la frustración, el resentimiento, la angustia... (un montón de emociones que, creo, casi todos los lectores conocen muy bien) y, finalmente depresión. Estas influencias emocionales pueden amplificar el dolor, pero no lo causan.

Otra pieza del rompecabezas es una misteriosa condición llamada fibromialgia. Esta condición causa dolor crónico generalizado en los músculos. En unas áreas específicas del cuerpo se encuentran lo que se denomina "puntos gatillo". Durante años la discusión se ha centrado en si la fibromialgia es una enfermedad física que afecta a los músculos o bien es una enfermedad psíquica. En la actualidad se cree que es probablemente una señal de distress que puede encontrarse en personas que padecen un número de diferentes condiciones no relacionadas. ¿Qué relación guarda esto con la hiperlaxitud?. Se ha visto que la hiperlaxitud y la fibromialgia ocurren con frecuencia en las mismas personas, y más a menudo de lo que se podría esperar en base al azar.

Esto no quiere decir que sean parte de la misma condición. Sería, de hecho, poco probable que lo que es una enfermedad adquirida (la fibromialgia) formase parte de lo que es una enfermedad genética (SHA/SED). Más probablemente, la fibromialgia debería ser vista como una señal que surge de una persona muy estresada con un SHA/SED. Pero la fibromialgia solamente ocurre raras veces en el SHA/SED. Iremos avanzando un poco.

Parece casi probable que hay quizás dos explicaciones totalmente diferentes para explicar la inmensidad del dolor que sufren las personas con SHA/SED. Aquí hay dos pistas:

La primera pista tiene relación con un sentido llamado propiocepción, lo que quiere decir saber donde están situadas en el espacio las partes del cuerpo de cada uno. Si cerramos los ojos y alguien dobla nuestro dedo o levanta nuestro brazo hacia arriba, sabemos inmediatamente qué lejos está el dedo o el brazo. Esto es porque tenemos una buena propiocepción. Los científicos han señalado que las personas con SHA/SED no son tan buenas

como las demás en saber donde están exactamente situados en el espacio sus dedos, brazos.... Esto puede conducir a un aumento en el riesgo del número de lesiones.

La segunda pista es el descubrimiento de que las personas con SHA/SED, no se sabe por qué razón no experimentan los efectos totales de la anestesia que se administra para ciertos procedimientos, como por ejemplo extracciones dentales o para la anestesia epidural (me pregunto cuantos de vosotros estaréis asintiendo con la cabeza al leer esto).

De momento no se sabe qué significan estas pistas o qué relación guardan una con la otra.

Pero sugieren que las personas con SHA/SED, además de su predisposición a las lesiones, dislocaciones o osteoartritis, pueden tener también un fallo en la forma en la que las señales de dolor llegan al cerebro, donde alcanzan la conciencia. La investigación está progresando para resolver este enigma. Y se necesita mucha más. ¡Estate atento y mira de vez en cuando este web!

Los lectores saben que los métodos convencionales de tratamiento, de la clase que se ofrece para las enfermedades reumáticas en general no suelen ayudar en el SHA/SED. La fisioterapia todavía ofrece las mejores esperanzas para aliviar el dolor, y desde aquí alentamos a los fisioterapeutas que se entrenen en métodos que sean útiles en esta condición. Otro avance notable digno de mención sería la red de clínicas de dolor que a lo largo del país ofrecen programas para el dolor, un enfoque que ha demostrado ser beneficioso en el SHA/SED cuando un dolor intratable está presente.

**Prof. R. Grahame CBE, MD, FRCP, FACP.**

**University College Hospital. LONDON.**