

Suplemento Especial

Asociación de Reumatólogos de Puerto Rico



Convención Anual 2016
Asociación de Reumatólogos
de Puerto Rico

27 de Mayo al 29 de Mayo
The Ritz-Carlton San Juan

Información: 787 406-4571 - 787 640-5776
info@serrayserra.com

ENTREVISTA

Entrevista a la Dra. Lillian E. Bezares: Los avances en reumatología ayudan a diagnosticar mejor y a dar mejores tratamientos



La Dra. Lillian Bezares, Presidenta de la Asociación de Reumatólogos de Puerto Rico, menciona varios aspectos de los problemas reumatológicos, destacando también la importancia de los estudios e investigación gracias a los que se pueden lograr mejores diagnósticos para así poder iniciar el tratamiento en forma más temprana y precisa.

¿Cuál es el rol actual de la reumatología en el manejo del dolor?

La reumatología –como todas las especialidades médicas– tiene una evolución dinámica de acuerdo a los cambios en la sociedad. Eso la ha llevado a tener un rol importante en muchas condiciones y en especial en el manejo del dolor. La evaluación, tanto física, hematológica como radiológica, puede llevar a un diagnóstico temprano y a un tratamiento resolutivo más acertado, también gracias a la investigación constante. Tenemos una estrecha relación con los médicos primarios y con los especialistas, lo que puede llevar a que el paciente recupere más rápido su funcionalidad y pueda regresar a su rutina diaria.

¿Cómo es esta evolución desde el punto de vista diagnóstico?

Nuestro papel principal es diagnosticar y tratar los problemas reumatológicos. Para eso, buscamos la información a través de la comunicación y la exploración física del aparato locomotor del paciente. Además del historial clínico completo con signos, síntomas y complicaciones sistémicas del paciente buscamos mayor información en los resultados de las pruebas radiológicas y de laboratorio. Esto nos permite actuar con la mayor precisión y cuidado en la valoración de las enfermedades de huesos, músculos y articulaciones para lograr el máximo beneficio para los pacientes a la hora de tratar y prescribir, indudablemente también con mayor costo-eficacia.

¿Hay evolución en el campo terapéutico?

Gracias a los grandes esfuerzos que se hacen en in-

vestigación se cuenta ahora con una gran experiencia en este campo, lo que ha permitido una gran evolución en los tratamientos. Hay avances en los fármacos para condiciones reumatológicas y se conocen mucho mejor sus indicaciones, acciones, efectos secundarios, y también se dispone de mayor conocimiento en las opciones no convencionales. También sabemos que se debe valorar la capacidad física para definir necesidades y opciones de ortopedia o de rehabilitación e, inclusive, las necesidades psicológicas, de hospitalización o de interconsulta a otros médicos como ortopedas o anestesiólogos, entre otros, proveyendo técnicas de rehabilitación y quirúrgicas del aparato locomotor. Se ha logrado mayor educación para el paciente, sus familiares y el equipo médico implicado en el tratamiento, al igual que los aspectos legales y socioeconómicos de estas enfermedades.

¿Qué avances importantes hay en artritis reumatoide?

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune que afecta muchas articulaciones y órganos del cuerpo. Está marcada por periodos de actividad y de remisión. Se caracteriza por inflamación prolongada y persistente que afecta el tejido conectivo, el cartílago y la destrucción de hueso que resulta en un daño progresivo en la articulación. Nuestro reto principal es la identificación temprana y el tratamiento agresivo para prevenir el daño progresivo.

Se sigue investigando con un enfoque a nivel celular, molecular y genético en busca de marcadores para la identificación de la condición en etapas tempranas. Se continúa el desarrollo de medicamentos sintéticos

y biológicos para modificar la enfermedad, como los agentes anti-TNF- α , agonistas de IL-1, moduladores de células T, moduladores células B y otros. Esto es un gran reto y hay muchos desafíos en búsqueda del tratamiento específico y necesario para cada paciente.

¿Cómo ve el desarrollo en artritis psoriática?

La artritis psoriática es una espondiloartropatía que ocurre en un 42 a 76% de los pacientes con psoriasis y en un 3% de la población general. Incluye inflamación articular, enteritis, dactilitis y lesiones de la piel. Se diferencia de la artritis reumatoide por presentar un compromiso articular asimétrico, inicialmente oligoarticular y con iritis. Si no se trata puede resultar en erosión, limitaciones físicas severas e incapacidad. Los estudios vienen demostrando una continua habilidad para controlar significativamente los signos, síntomas y la progresión de la enfermedad y mejorar así la calidad de vida del paciente.

Los avances terapéuticos en las espondiloartropatías se ven en el desarrollo de DMARD's (modificadores de la enfermedad), utilizados en la artritis reumatoide y por el entendimiento reciente en la etiología inmunopatológica similar que existe en ambas. El surgimiento de inhibidores de TNF- α logró un marcado progreso en su terapia.

¿Qué avances importantes hay en fibromialgia?

La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico caracterizado por dolor musculoesquelético difuso que afecta las cuatro extremidades y el tronco, asociado a rigidez y sensibilidad exagerada específicamente en 18 puntos dolorosos y de una duración mayor de 3 meses. Compromete al menos a 11 de los 18 puntos. Los afectados suelen tener sueño no reparador, rigidez matinal o cansancio, hormigueo, disminución en la memoria, mareos, y debilidad. El avance más importante es el reconocimiento de la enfermedad, que unos 20 años atrás no se consideraba. Se conoce mejor su base patológica y la fisiopatología, encontrándose que se debe a trastornos de las moléculas que se encargan de la transmisión del estímulo nervioso tanto a nivel central como periférico. Se ha podido determinar que algunos fármacos que actúan a nivel del sistema nervioso central, como antidepresivos, anticonvulsivantes y antipsicóticos pueden mejorar la sintomatología de

los pacientes con fibromialgia, pero es importante vigilar los efectos secundarios. El mayor logro estará en individualizar el mejor tratamiento para cada paciente vigilando sus efectos secundarios.

¿Qué comentaría del futuro de la reumatología?

Tenemos grandes retos por delante, tanto clínicos como científicos. Los avances en el diagnóstico temprano gracias a los nuevos biomarcadores y el uso de criterios para un diagnóstico temprano han facilitado el manejo de estas condiciones. El desarrollo de nuevos medicamentos y el constante estudio para disponer de nuevos fármacos contribuyen a detener el deterioro articular, mantener la funcionalidad del paciente y su calidad de vida. Las investigaciones en el campo celular siguen dando frutos que ayudan al control de las enfermedades reumatológicas, esperándose que en un futuro se pueda determinar la causa de cada una de ellas. 

Datos personales

- Presidenta, Asociación de Reumatólogos de Puerto Rico.
- Miembro de la Facultad de Hospital HIMA San Pablo en Caguas y Ryder Memorial Hospital en Humacao.
- Subespecialidad en Reumatología en el Hospital Municipal de San Juan.
- Especialidad en Medicina Interna en Hospital de Veteranos de San Juan / Hospital Universitario de San Juan.
- Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara.
- Maestría en Administración de Empresas.
- Mujer de Éxito 2012.
- Bachillerato en Ciencias (Biología), Universidad Puerto Rico.
- Miembro del American College of Rheumatology.

Artritis reumatoidea:

Breve revisión de signos y síntomas

Elena Velázquez, MD
Reumatóloga



En el transcurso de la vida, muchas personas pueden sentir rigidez y dolor en el cuerpo, y atribuirlo a la vejez o al exceso de trabajo. Sin embargo, es posible que estén padeciendo de alguno de los tipos de artritis. Entre estos, las dos presentaciones más comunes son la artritis reumatoidea y la osteoartritis. A continuación, presentamos breve resumen de algunos aspectos relacionados con la artritis reumatoidea.

Aspectos generales

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune que afecta las articulaciones y otras partes del cuerpo y que puede ser debilitante a largo plazo. Afecta a personas de todas las razas y grupos étnicos. Empieza comúnmente a los 30-40 años de edad, pero la podemos ver con frecuencia en personas mayores e, incluso, en niños y adultos jóvenes. Se presenta con 2 a 3 veces mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Síntomas

Los síntomas más comunes de la AR son:

1. Dolor e hinchazón: el dolor es el síntoma más importante en la AR. El dolor añadido a la inflamación que se produce en las articulaciones puede ser muy severo y causar daño permanente articular. Se puede ver retención de líquido en la articulación e inclusive en los tendones vecinos. La piel adyacente se podrá sentir tirante;
2. Rigidez matutina: en la AR los músculos y las articulaciones suelen estar más rígidos en la mañana, hasta el punto que puede ser imposible caminar o salir de la cama. Puede tomar horas o todo el día para que los pacientes con AR se lleguen a mover cómodamente;
3. Enrojecimiento y calor articular: La inflamación puede causar enrojecimiento articular por el mayor flujo sanguíneo en el área afectada. Esta zona se puede sentir caliente al tacto (por lo que poner compresas frías en el área afectada puede ayudar a mejorar este síntoma);
4. Fatiga, cansancio y malestar general: este es un síntoma común en la AR. El paciente afectado puede manifestar malestar general y sensación de enfermedad. El dolor no le permite descansar y en ocasiones puede haber fiebre;
5. Pérdida de apetito: el dolor constante puede llevar a pérdida de apetito y de peso (debemos poner énfasis en la importancia de una nutrición adecuada);
6. Dolores musculares: aunque la AR afecta las articulaciones, los músculos que rodean la articulación

pueden sufrir tensión y dolor. La sobrecompensación debido a los dolores articulares y la sobrecarga de trabajo pueden causar dolores de los músculos;

7. Nódulos reumatoideos: estos nódulos pueden aparecer en algunos pacientes con AR. Estas pequeñas protuberancias suelen estar cerca de las articulaciones y ser dolorosas. Estos nódulos se encuentran con mayor frecuencia en los codos o los dedos, pero también pueden aparecer hasta en los pulmones de los pacientes afectados con AR;
8. Falta de aire: la AR puede causar daños a los pulmones y la pleura. Puede no haber síntomas o el paciente puede quejarse de dificultad para respirar;
9. Inflamación pericárdica: algunos pacientes pueden desarrollar inflamación al pericardio. Esto no siempre produce síntomas. Las personas con AR también tienen mayor riesgo de tener arterias cardíacas obstruidas, lo que aumenta el riesgo de todos los problemas relacionados con la enfermedad coronaria; y
10. Ojos secos, rojos y dolor de garganta: algunos pacientes tienen el síndrome de ojo seco con la consiguiente irritación, enrojecimiento, picor y falta de lágrimas. En ciertos casos pueden tener uveítis. Algunos también pueden presentar resequedad de la boca.

Varios de los síntomas mencionados pueden encontrarse en otras condiciones médicas, por lo que la evaluación especializada puede ayudar a definir las opciones de diagnóstico diferencial.

Dificultad de diagnóstico temprano (AR)

Hay varias razones que pueden dificultar llegar rápidamente al diagnóstico de la AR en sus etapas tempranas:

- Los síntomas pueden diferir de persona a persona y pueden ser más intensos en unas que en otras;
- Los síntomas pueden ser parecidos a los de otras artritis y condiciones articulares;
- Los análisis de laboratorio que se solicitan para evaluar la AR no siempre son positivos y puede tomar tiempo descartar otras condiciones; y
- Los síntomas de la AR pueden desarrollarse lentamente a través del tiempo.

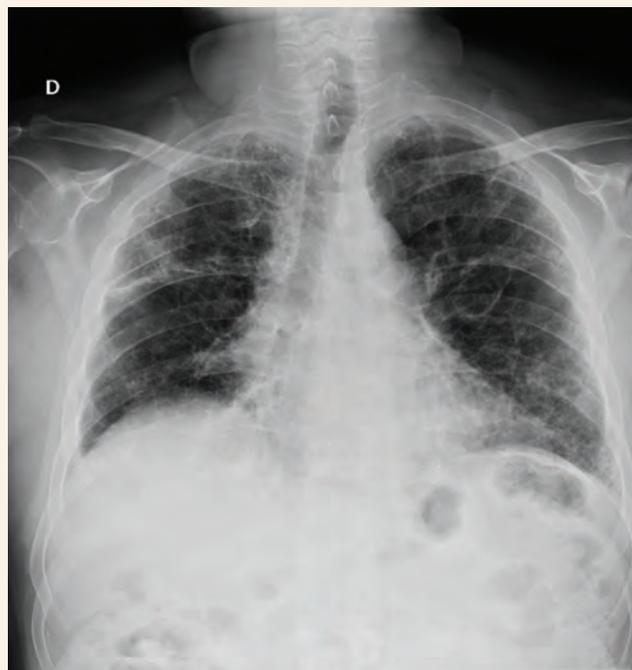
Opciones terapéuticas

Actualmente existen distintos medicamentos y alternativas terapéuticas que ayudan a controlar los síntomas y la progresión de la enfermedad. Se pueden emplear diferentes combinaciones terapéuticas de acuerdo a la situación de cada paciente.

El tratamiento va dirigido a aliviar el dolor, disminuir la inflamación, disminuir o detener el daño articular y mejorar la función articular.

Comentario

Es importante realizar un diagnóstico temprano de la artritis reumatoidea y así iniciar el tratamiento adecuado lo antes posible para impedir la progresión de la enfermedad que puede llevar a la disfunción articular e, inclusive, a la discapacidad. 



Radiografía de fibrosis pulmonar en artritis reumatoidea.

Manejo del dolor en pacientes con osteoartritis



Leyda M. Díaz-Correa, MD

Reumatóloga
Caguas, 787-743-0338

Dentro de los distintos tipos de artritis que conocemos, la más común en la población en general es la osteoartritis. Esta es una enfermedad degenerativa de las articulaciones en la que ocurre pérdida del cartílago, disminución del espacio articular y dolor en las articulaciones afectadas, en especial cuando estas son utilizadas. Las articulaciones que se ven afectadas con mayor frecuencia son las de las manos y de los pies, la espalda (columna cervical y lumbar), las caderas y las rodillas.

Opciones terapéuticas

El tratamiento de la osteoartritis puede incluir los medicamentos para controlar el dolor y las medidas no farmacológicas. Los medicamentos más utilizados para controlar el dolor son: acetaminofen, antiinflamatorios no esteroideos (*NSAIDs* o AINE) y tramadol. Según las recomendaciones del Colegio Americano de Reumatología, en osteoartritis de las manos se recomienda el uso de *NSAIDs* tópicos (en gel o cremas), capsaicina tópica, *NSAIDs* orales, o tramadol oral. En personas mayores de 75 años es preferible el uso de terapias tópicas en vez de orales para disminuir los efectos secundarios.

En osteoartritis de la rodilla o la cadera es altamente recomendable participar en un programa de ejercicios aeróbicos, preferiblemente acuáticos, de bajo impacto para las articulaciones. Las personas con sobrepeso deben bajar de peso para prevenir la progresión de la artritis. Los medicamentos recomendados para controlar el dolor son acetaminofen, *NSAIDs* orales y tópicos (para rodilla), tramadol, o esteroide inyectado dentro de la articulación dolorosa. Se debe mantener el movimiento de la articulación con ejercicios de movimiento, terapia física y, de ser necesario, proveer asistencia para caminar. Por último, cuando el paciente presente dolor refractario a los medicamentos y limitación para hacer sus actividades cotidianas se le puede referir para evaluar la opción de reemplazo de la articulación afectada.

Existen también otros tratamientos aprobados por la FDA que se pueden considerar en algunos casos. Una opción farmacológica es duloxetina, medicamento antidepresivo aprobado para el uso de dolor músculoesquelético crónico, como dolor de espalda y dolor de osteoartritis de rodilla. Por otro lado, las inyecciones intraarticulares con viscosuplementación son otra alternativa de tratamiento para el dolor de la rodilla por osteoartritis. La viscosuplementación se compone de ácido hialurónico, que es un componente esencial del líquido y del cartílago que normalmente rodean la articulación.

Importancia del diagnóstico diferencial

Al evaluar un paciente con dolor de osteoartritis hay que tener presente la posibilidad de otras condiciones que pudieran contribuir al dolor músculoesquelético. Algunas de estas condiciones pueden ser fibromialgia, espasmos musculares, neuropatía periférica, nervios comprimidos y otras artritis inflamatorias como artritis reumatoide, entre otras.

Comentario

Cada paciente es un caso individual, por lo que siempre se requiere una buena evaluación para así poder ofrecerle el mejor tratamiento para su problema clínico. 

Radiografía de osteoartritis de rodilla (femororrotuliana).



Lupus sistémico eritematoso:

El prototipo de enfermedad autoinmune y cómo hacer guardia ante la enfermedad



Efraín Carrasquillo Rodríguez, MD

Reumatólogo
 Vice-Presidente, Asociación de Reumatólogos de Puerto Rico, 2015-2016
 Presidente Entrante, Asociación de Reumatólogos de Puerto Rico, 2016-2017
 Catedrático Asociado del Departamento de Medicina Interna de la Universidad Central del Caribe
 Jefe de Reumatología del Departamento de Medicina Interna de Doctors' Center Hospital, Manatí, Puerto Rico. 787.884.868

El lupus sistémico eritematoso es una enfermedad autoinmune que afecta distintos sistemas del cuerpo humano. Su etiología todavía no ha sido bien definida y su mecanismo de ataque se basa en la presencia de autoanticuerpos. Es considerada el prototipo de las enfermedades inmunes por su capacidad de afectar múltiples sistemas. Es una enfermedad que afecta más a las mujeres en edad reproductiva, por lo que se propone un mecanismo hormonal pero, por otro lado, hay pacientes de cualquier grupo y edad que pueden verse afectados por esta enfermedad.

Es importante para los médicos de cuidado primario saber reconocer esta enfermedad en sus evaluaciones al paciente que potencialmente tenga cambios, síntomas y signos que sugieran en su diagnóstico diferencial la posibilidad de lupus sistémico eritematoso. Además, hay que tomar en cuenta factores que puedan aumentar su severidad, tales como la pobreza, un nivel socioeconómico bajo, limitado acceso a cuidado médico, factores étnicos, ambientales o fumar. El manejo conjunto con el reumatólogo puede mejorar la oportunidad de estabilizar a estos pacientes y, así, con una acción rápida, evitar un daño permanente a los órganos comprometidos.

Cuadro clínico

Como el lupus sistémico eritematoso es una enfermedad multisistémica, el paciente puede presentar cuadros clínicos variados que pueden incluir: erupciones cutáneas, inflamación de las articulaciones, retención de líquido en las extremidades, cambios neurológicos, cambios visuales, entre otros. Esto quiere decir que en la enfermedad podemos observar diferentes manifestaciones multisistémicas por el ataque de los anticuerpos al corazón, a los pulmones, a los riñones, al cerebro, a los ojos, a las membranas mucosas y/o al sistema gastrointestinal, entre otros.

Al evaluar a estos pacientes podemos observar manifestaciones generales que varían desde fatiga (cansancio extremo), fiebre (en cerca de 42% de los pacientes, aunque es una manifestación clínica difícil de evaluar ya que es componente de muchas otras condiciones médicas), malestar, pérdida de peso y pérdida del apetito. Estos pacientes desarrollan en la piel una erupción específica en las eminencias malares así como otras que el reumatólogo es capaz de diferenciar por su distribución, también con la asistencia del dermatólogo. Estos pacientes suelen mostrar además caída del cabello que

debe diferenciarse de la que ocurre por el hipotiroidismo, entre otras condiciones. La fotosensibilidad es otra de las características específicas en estos pacientes que por la actividad de autoinmunidad desarrollan una reacción anormal de la piel contra los rayos ultravioletas. La artritis que estos pacientes pueden desarrollar se considera no erosiva.

Hospitalización y emergencias

Para el médico es un reto cuando el escenario con el que debuta el paciente es de tipo renal, neurológico o hematológico. Le glomerulonefritis membranosa, el neurolupus y la pancitopenia son los escenarios que podrían requerir hospitalización, inclusive en algunos casos con cuidado de emergencia.

Las siguientes se consideran las posibles emergencias médicas debido a lupus sistémico eritematoso:

- La glomerulonefritis membranosa que puede llevar al paciente a presentarse con un estado de deterioro de las funciones renales hasta el fallo renal agudo, lo que requeriría diálisis de emergencia;
- En neurolupus puede manifestarse cualquier estado neurológico alterado, inclusive convulsiones nuevas sin historial previo; y
- En pancitopenia aguda, una trombocitopenia con cifras por debajo de 30 000 requiere un manejo agresivo hospitalario, pudiendo haber también anemia y leucopenia.

Lo restante para el médico es ver y recordar siempre que en estos pacientes el escenario puede ser de un solo sistema o multisistémico.

Recomendación

Con el conocimiento de esta condición por más de 50 años ya se han establecido protocolos de manejo considerados tradicionales. Inclusive, en la actualidad disponemos de nuevas opciones terapéuticas que nos pueden ayudar a modificar el efecto del daño que puede producir esta enfermedad.

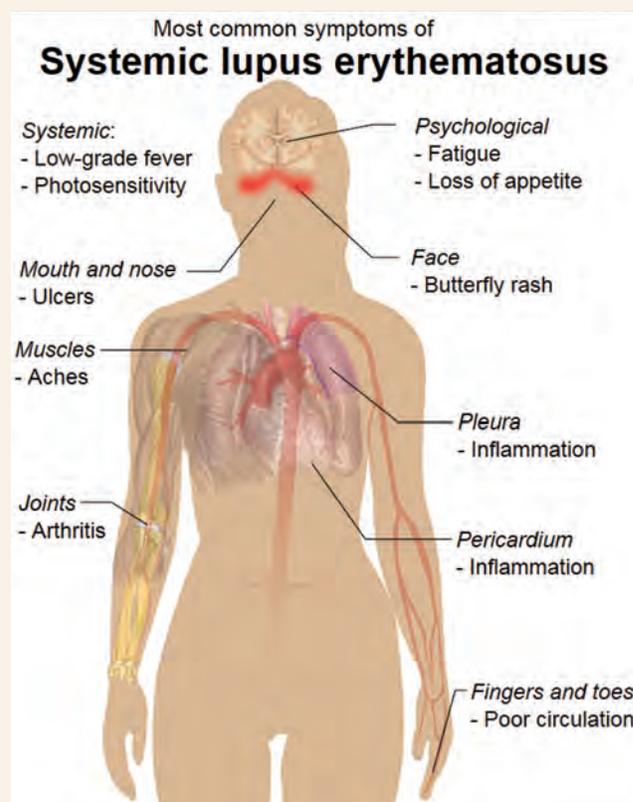
En estos pacientes la evaluación debe realizarse contemplando todos los sistemas para poder tomar las mejores decisiones terapéuticas. De esa manera y de acuerdo a las comorbilidades presentes, se establecerá un plan para definir la frecuencia de la verificación del estado clínico.

Comentario

Es importante la educación continua, tanto para el médico como para el paciente. Así y además con reconocimientos médicos regulares y con una relación positiva entre el médico de cuidado primario y el reumatólogo, se logrará que la experiencia de cuidado sea efectiva y también se podrá contribuir a mejorar el pronóstico de esta enfermedad. 

Referencia

- Rheumatology, Fifth Edition: M. Hochberg, A. Silman, J. Smolen, M. Weinblatt, M. Weisman. Section 10 Connective Tissue Disorders- Epidemiology and Classification of systemic lupus erythematosus. (2011); pp. 1223-1245.



Síndrome de hipermovilidad articular



Liza B. Vázquez Cobián, MD

Reumatóloga Pediátrica

Los niños suelen ser mucho más flexibles que los adultos. La hipermovilidad articular –la habilidad de mover una articulación más allá del rango normal de movimiento– es común en niños. Aunque la mayoría de las personas con articulaciones hiper móviles no presentan quejas ni requieren tratamiento, la hipermovilidad articular es una causa común de dolor articular y musculoesquelético en niños y adolescentes.

Presentación

El término síndrome benigno de hipermovilidad articular (o hiperlaxitud articular) describe a aquellos pacientes que padecen dolor musculoesquelético asociado a hiper movilidad generalizada de las articulaciones y que no se relaciona con ningún síndrome genético, anomalías del tejido conectivo ni condiciones reumatológicas. Durante la evaluación inicial, es importante considerar y descartar diagnósticos tales como el síndrome de Marfán, el de Ehler Danlos, la osteogénesis imperfecta y la homocistinuria, entre otros.

La hipermovilidad articular es más común en la infancia que en la adolescencia, afecta a las niñas dos veces más que a los niños y tiende a disminuir en la edad adulta. Es común que otros miembros de la familia tengan hiper movilidad en las articulaciones.

Síntomas

Los pacientes con síndrome de hipermovilidad articular presentan dolores articulares frecuentes que suelen ocurrir durante o luego de la actividad física, dolores de espalda, efusiones articulares leves, subluxaciones y dislocaciones articulares, historial de trauma al tejido blando y *habitus* y piel con características marfanoides.

El diagnóstico del síndrome de hipermovilidad articular se realiza en base a criterios clínicos entre los que se incorporan la puntuación Beighton a los criterios de Brighton 1998 (Tablas 1 y 2). Como los criterios incluyen características marfanoides, es de importancia incluir evaluaciones oftalmológicas y cardíacas como parte del manejo inicial.

Se cree que el dolor en estos pacientes ocurre como consecuencia de movimientos excesivos que aumentan el estrés sobre la superficie articular, los ligamentos y las estructuras adyacentes. El dolor puede ser generalizado y suele afectar las extremidades inferiores. Otra queja común es el dolor de espalda, que se agrava al cargar maletas o mochilas escolares.

Tabla 1:

Puntuación de Beighton

(Para determinar si hay hipermovilidad articular).

Para tener un score de Beighton positivo, se requiere tener 4 puntos del total de 9 o más (como dos codos y dos rodillas hiper móviles):

1. Extensión pasiva de los dedos o extensión de la 5ª articulación metacarpofalángica a más de 90°;
2. Tocar, en forma pasiva, el antebrazo con el pulgar, teniendo la muñeca en flexión;
3. Hiperextensión de codos, sobre 10°.
4. Hiperextensión de rodillas de 10° o más (*genu recurvatum*); o
5. Tocar el suelo con la palma de las manos al agacharse sin doblar las rodillas. Esto es posible gracias a la hiper movilidad de las caderas (no de la columna, como podría creerse).

Tabla 2:

Criterio de Brighton para el diagnóstico del síndrome de hiper movilidad articular

Criterio mayor:

1. Puntuación de Brighton mayor de 4/9 (ya sea en la actualidad o en el pasado); o
2. Artralgias de más de 3 meses de duración en 4 o más articulaciones.

Criterio menor:

1. Puntuación de Brighton de 1, 2 o 3/9 (0, 1, 2 o 3/9, en mayores de 50 años);
2. Artralgias de 1 a 3 articulaciones (por 3 meses o más) o dolor de espalda (por 3 meses o más) o espondilosis o espondilolisis/listesis;
3. Historial de dislocación/subluxación en más de una articulación, o en una articulación en más de una ocasión;
4. Tres o más lesiones en tejidos blandos (por ejemplo: epicondilitis, tenosinovitis o bursitis);
5. Hábito marfanoide: alto, delgado, relación envergadura/altura mayor de 1,03; relación segmento superior/inferior menor de 0,89; aracnodactilia (signo de Steinberg/muñeca positiva);
6. Piel anormal: estrías, hiperextensibilidad, piel delgada, cicatrices papiráceas;
7. Signos oculares: párpados caídos o miopía o hendidura palpebral; o
8. Venas varicosas o hernias o prolapso uterino o rectal.

Se diagnosticará síndrome de hiper movilidad articular cuando haya 2 criterios mayores, o 1 criterio mayor y 2 menores, o 4 criterios menores. (Dos criterios menores serán suficientes cuando exista un familiar de primer grado que inequívocamente padezca del síndrome).

Se excluye por la presencia del síndrome de Marfan o del síndrome de Ehlers-Danlos (excepto el síndrome de Ehlers-Danlos hiper movilidad, llamado anteriormente EDS

tipo III), tal como se le define en los criterios de Ghent 1996 y de Villefranche 1998).

El criterio mayor 1 y el menor 1 se excluyen mutuamente, igual que lo hacen el criterio mayor 2 y el menor 2.

Recomendaciones

Es importante reiterar a padres y encargados que se trata de una condición benigna. Se debe promover la actividad física modificada. Los episodios de dolor agudo pueden ser tratados con antiinflamatorios no esteroideos e inmovilizadores. La terapia física y el ejercicio son parte integral del tratamiento. Al fortalecer los músculos alrededor de las articulaciones afectadas, se les da soporte a las mismas y se minimiza el dolor. La terapia física debe incluir un programa de ejercicios que incorporen aspectos cardiovasculares, respiratorios y neurológicos del movimiento para optimizar la condición física del paciente y, como resultado, su calidad de vida.

Comentario

Aunque el síndrome benigno de hiper movilidad articular puede ser causa de dolor articular y musculoesquelético en algunos niños, es muy importante realizar una evaluación inicial adecuada para así descartar causas genéticas, problemas de tejido conectivo y condiciones reumatológicas. La intervención temprana e incorporación de terapia física y ejercicio son esenciales para el manejo de esta condición. **G**

Referencias

1. The differential diagnosis of children with joint hypermobility: A review of the literature. Louise J Tofts, Elizabeth J Elliott, Craig Munns, Verity Pacey and David O Sillence *Pediatric Rheumatology* 2009 7:1; Jan 5, 2009.
2. When flexibility is not necessarily a virtue: A review of hypermobility syndromes and chronic or recurrent musculoskeletal pain in children. Marco Cattalini, Raju Khubchandani and Rolando Cimaz, *Pediatric Rheumatology* 2015;13:40; Oct. 2015.
3. Junge T, Jespersen E, Wedderkopp N, Juul-Kristensen B. Inter-tester reproducibility and inter-method agreement of two variations of the Brighton test for determining Generalized Joint Hypermobility in primary school children. *BMC Pediatr.* 2013; 13:214.
4. Mallerson P, Sherry DD. Noninflammatory Musculoskeletal Pain conditions. *Textbook of Pediatric Rheumatology.* 2005. 36: 676-678.