

Prevalencia de laxitud articular en una muestra infantil de pacientes escolióticos. Análisis de 101 casos consecutivos

Juan C. Duró, Mónica Coll* y Ferran Escalada*

Director EAP Numancia. Institut Català de la Salut. Barcelona.

*Servicio de Terapéutica Física y Rehabilitación. Hospital de la Esperanza. Barcelona.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la laxitud articular en una muestra de chicos visitados en una consulta hospitalaria monográfica de escoliosis.

Pacientes y métodos: Se examinaron consecutivamente a 101 pacientes diagnosticados de escoliosis (16 niños y 85 niñas), con una edad media de 13,87 años, que acudían como primera visita a un dispensario monográfico hospitalario de escoliosis. Se utilizaron los criterios de Beighton para evaluar la laxitud articular.

Resultados: Un 65,3% de los pacientes que acudieron a la consulta hospitalaria monográfica de escoliosis tenían laxitud articular. La presencia de laxitud articular no se asoció a diferencias epidemiológicas ni anatómicas entre los pacientes escolióticos.

Conclusión: La laxitud articular parece asociarse a la presencia de escoliosis juvenil.

Palabras clave: Escoliosis idiopática del adolescente. Laxitud articular. Hipermovilidad articular.

Prevalence of articular laxity among pediatric scoliotic patients. Analysis of 101 consecutive cases

Aim: To determine the prevalence of joint laxity in a group of young patients attending in a monographic scoliosis session in a hospital.

Patients and methods: One-hundred one patients (16 boys and 85 girls) mean age 13.87 years, were consecutively reviewed in the out-patients clinic hospital of scoliosis. Joint laxity was evaluated by Beighton criteria.

Results: 65.3% of patients attending were considered to have joint laxity. The joint laxity was

not associated to the epidemiologic or anatomic differences among scoliotic patients.

Conclusion: Joint laxity seems to be associated to de vertebral scoliosis in young peoples.

Key words: Adolescent idiopathic scoliosis. Joint laxity. Benign joint hypermobility syndrome.

Introducción

La Scoliosis Research Society define la escoliosis como una curva de convexidad lateral superior a los 10°, como consecuencia de la rotación de los cuerpos vertebrales, que se traduce por la presencia de una giba en el lado de la convexidad¹. Esta deformidad tridimensional es patológica y no puede ser corregida de forma voluntaria. Su prevalencia se sitúa entre el 2 y el 3% en un estudio realizado en 52.000 adolescentes en la ciudad de Hong-Kong², con una relación de 3,5:1 a favor del sexo femenino. En nuestro país no hay datos al respecto.

Clásicamente, afecta a adolescentes del sexo femenino de edades comprendidas entre 13 y 19 años³⁻⁵. Se manifiesta clínicamente por un hombro más elevado, una escápula más prominente o por una cresta ilíaca más alta que otra. Las escoliosis idiopáticas (80% de los casos) pueden observarse en la primera infancia (2-6 años) o en la segunda infancia (7-12 años), aunque generalmente se manifiestan alrededor de la adolescencia (13-19 años). En un 20% de los casos son secundarias a enfermedades neurológicas o del tejido conectivo, como el síndrome de Marfan o el síndrome de Ehlers-Danlos.

El síndrome de laxitud articular es una alteración que se caracteriza por una mayor distensibilidad de las articulaciones en los movimientos pasivos junto a una movilidad aumentada en los activos⁶. El diagnóstico de laxitud articular se basa en una serie de criterios.

Los dos grupos de criterios más utilizados son los de Beighton⁷ o los de Rotés⁸ ambos tienen la ventaja de ser sencillos y poderse aplicar con facilidad y rapidez, especialmente los primeros, utilizados en el presente trabajo. Algunos estudios previos parecen apoyar la asociación entre laxitud articular y

Correspondencia: Dr. J.C. Duró.
Urgell, 272, 4.º 4.ª. 08036 Barcelona.

Recibido el 17-4-2001 y aceptado el 12-12-2001.

escoliosis vertebral^{9,10}; sin embargo, no existen datos al respecto en la bibliografía española.

El objetivo del presente estudio fue investigar la prevalencia de laxitud articular en una muestra de 101 pacientes consecutivos afectados de escoliosis idiopática y comparar las características clínicas de esta escoliosis según se presente en individuos hiperlaxos o no.

Pacientes y métodos

Estudio prospectivo con inclusión de 101 individuos de ambos sexos que acudieron de forma consecutiva a un dispensario monográfico hospitalario de escoliosis durante 18 meses. Todos los pacientes fueron atendidos por uno de nosotros (FE). Las variables recogidas fueron: sexo, edad, peso y talla. A todos ellos se les practicó una radiografía posteroanterior de la columna vertebral completa en bipedestación. El estudio de la escoliosis incluyó su topografía, inicio y ángulo, medido este último mediante la técnica de Cobb¹¹ sobre la radiografía previamente solicitada.

La valoración de la laxitud articular se llevó a cabo mediante los criterios de Beighton⁷: *a*) hiperextensión pasiva del quinto dedo que sobrepasa los 90°; *b*) aposición pasiva del pulgar a la cara flexora del antebrazo; *c*) hiperextensión activa de las rodillas que sobrepasa los 10°, y *d*) flexión del tronco hacia delante con las rodillas en extensión, de modo que las palmas de las manos se apoyen en el suelo. Los cuatro primeros criterios se valoraban con un punto a cada lado del cuerpo, siendo la máxima puntuación de 9. Consideramos un individuo laxo si alcanzaba una puntuación de 5 o más.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS-X. Se comprobó la normalidad de las variables con el método de Kolmogorov-Smirnov. La comparación de variables cuantitativas se realizó a través del test de la *t* de Student o la *U* de Mann-Whitney, según cumplieran o no los criterios de normalidad. Finalmente, se utilizó el test de la χ^2 para comparar las frecuencias.

Resultados

La muestra estudiada estaba formada por 101 individuos (16 niños y 85 niñas) diagnosticados de escoliosis idiopática. Un total de 66 casos (8 niños y 58 niñas) cumplían los criterios de Beighton para el diagnóstico de laxitud articular, lo que supone una prevalencia en nuestra serie del 65,3%. El estudio no observó diferencias estadísticamente significativas para las variables: sexo, edad, peso, talla, y características de la escoliosis entre la población escoliótica afectada de laxitud articular y la no afectada (tabla 1).

TABLA 1. Características epidemiológicas y anatómicas de la escoliosis vertebral en pacientes con y sin hiperlaxitud articular

Variables	Laxos (n = 66)	No laxos (n = 35)	Significación estadística (p < 0,001)
Sexo			
Niños [n (%)]	8 (12,1)	8 (22,9)	
Niñas [n (%)]	58 (87,9)	27 (77,1)	NS
Edad (años)*	13,75	14	NS
Peso(kg)*	49,78	52,94	NS
Talla (cm)*	157,5	160,8	NS
Escoliosis (%)	65,3	34,7	NS
Ángulo > 20°			
Niños (%)	47	42,9	
Niñas (%)	53	57,1	NS
Inicio			
Infantil (%)	9,1	2,9	NS
Jvenil (%)	89,4	97,1	NS
Adolescente	1,5	—	NS
Topografía			
Dorsal (%)	13,6	17,1	NS
Lumbar (%)	30,3	31,4	NS
Dorso-lumbar (%)	31,8	37,1	NS
Doble (%)	24,2	14,3	NS

*Media. NS: no significativo.

Discusión

Desde hace más de treinta años se ha considerado el síndrome de laxitud articular como un factor etiológico de los trastornos de la estática de la columna vertebral, especialmente de las escoliosis⁸. La alta prevalencia de laxitud articular (65,3%) encontrada en nuestra muestra de pacientes escolióticos apoya la asociación entre laxitud articular y escoliosis previamente reportada por otros autores^{9,10}. En nuestro trabajo no pudimos demostrar diferencias epidemiológicas ni anatómicas entre los pacientes escolióticos con y sin hiperlaxitud articular, aunque el escaso tamaño de la muestra analizada puede dificultar estos hallazgos. En la bibliografía no existen estudios que analicen las características de las escoliosis que presentan los individuos laxos, quizá porque el hallazgo clínico más frecuente en estos pacientes sean las actitudes escolióticas, responsables de las llamadas escoliosis posturales, clínicamente irrelevantes y que no requieren ningún tratamiento, presentes hasta en un 10% de la población¹². En un único estudio realizado en nuestro país, la existencia de escoliosis en pacientes con y sin laxitud articular no se asoció en ningún caso a alteraciones neurológicas¹³. Es curioso constatar que, a pesar de la alta prevalencia de laxitud articular en los pacientes escolióticos, en los nuevos criterios de laxitud articular¹⁴ no se incluye ninguna referencia a la escoliosis como criterio diagnóstico, aunque sea menor.

En resumen, y a la vista de nuestros resultados, en todo paciente adolescente con hiperlaxitud articu-

lar debe estudiarse la posible presencia de una escoliosis vertebral. La detección precoz de esta enfermedad puede facilitar el tratamiento y reducir las complicaciones.

Bibliografía

1. Tachdjian MD. Paediatric orthopaedics. Philadelphia: W. B. Saunders, 1990; p. 2265-379.
2. Public Health & Epidemiology Bulletin. Hong-Kong: Department of Health, 1997;6.
3. Willner S. Prevalence study of trunk asymmetries and structural scoliosis in 10 year old school children. *Spine* 1994;9:644-8.
4. Winter RB, Lonstein JE. Juvenile and adolescent idiopathic scoliosis. En: Rothman RH, Simeone FA, editors. *The Spine*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1992: p. 373.
5. Cheng JCY, Guo X. Osteopenia in adolescent idiopathic scoliosis, a primary problem or secondary to the spinal deformity. *Spine* 1997;22:1716-21.
6. Duró JC, Bulbena A. Laxitud articular. Nuevas perspectivas. *Rev Esp Reumatol* 1996;23:73-5.
7. Beighton P, Solomon L, Soskolne CL. Articular mobility in an African population. *Ann Rheum Dis* 1973;32:413-8.
8. Rotés J, Granados J, Ribas R, Mitjà J, Muñoz-Gómez J. El síndrome de la laxitud articular. *Med Clin (Barc)* 1973;60:605-14.
9. Veliskakis KP. Increased generalized ligamentous laxity in idiopathic scoliosis. *J Bone Joint Surg* 1973;55(Suppl A):435-7.
10. Binns MS. Joint laxity in idiopathic scoliosis. *J Bone Joint Surg* 1988;70(Suppl B):420-2.
11. Cobb JR. Outline for the study of scoliosis. *Am Acad Orthopaed Surg. Instructional Course Lectures* 1948;5:261.
12. Ross A, Swann M, Ansell B. Scoliosis in juvenile chronic arthritis. *J Bone Joint Surg* 1987;69(Suppl B):175-8.
13. Fernández-Bermejo E, García-Jiménez MA, Fernández-Palomeque C, Manuera L. Adolescent idiopathic scoliosis and joint laxity. *Spine* 1993;18:918-22.
14. Grahame R, Bird HA, Child A. The British Society special interest group on heritable disorders of connective tissue criteria for the benign joint hypermobility syndrome (BJHS). The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of BJHS. *J Rheumatol* 2000;27:1777-9.