

Correlación entre laxitud articular y prolapso genital

Sr. Director: El prolapso genital puede ser de dos tipos: uterino, desplazamiento del útero y de la vagina, y vaginal, que puede ser de la pared vaginal anterior (cistocele) o de la pared vaginal posterior (rectocele); se trata de una de las afecciones ginecológicas más frecuentes, y las mujeres multíparas son las más susceptibles a presentarlo. A pesar de la disminución de la natalidad, el prolapso genital continúa siendo un problema ginecológico de primer orden, no en vano alrededor de un 20% de las intervenciones ginecológicas obedecen a esta causa¹.

Aunque la laxitud articular asociada a prolapso genital ya ha sido descrita en la literatura², en nuestro medio no hay publicaciones que estudien esta asociación.

El propósito del siguiente estudio fue investigar la prevalencia de laxitud articular en una serie de mujeres afectas de prolapso genital atendidas en una consulta externa hospitalaria de ginecología, para ello se recogió de forma prospectiva a 33 mujeres que acudieron a un dispensario hospitalario de ginecología durante 18 meses. Las variables recogidas fueron edad, peso, talla, índice de masa corporal, paridad (embarazos a término, embarazos pretérmino, abortos e hijos vivos), prolapso uterino, años de evolución del prolapso, cistocele o rectocele y si tenían o no incontinencia urinaria de esfuerzo.

La valoración de la laxitud articular se llevó a cabo mediante los criterios de Beighton³. Se realizó una estadística descriptiva de los datos obtenidos. De las 33 pacientes incluidas, 16 cumplieron los criterios de laxitud articular descritos. Los dos grupos eran comparables para las variables antropométricas: edad, peso y talla. Aunque en el presente estudio las pacientes estudiadas tenían talla baja y sobrepeso, el índice de masa corporal fue similar en ambos casos.

La variable prolapso uterino la presentaron 8 de las pacientes sin laxitud articular frente a 13 de las pacientes con laxitud articular; estas diferencias fueron estadísticamente significativas entre los dos grupos estudiados. Para la variable cistocele no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los dos grupos; se presentó en 14 pacientes que tenían laxitud articular y en 16 sin ella. Asimismo, tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas para el rectocele que se registró en 12 pacientes con laxitud articular y en 13 sin ella. La variable incontinencia de orina al esfuerzo la presentaron 7 de las pacientes con laxitud articular y 3 de las pacientes sin laxitud articular; estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. La relación entre el número de embarazos, fueran o no a término, y la laxitud articular no fue estadísticamente significativa; la

media para el grupo con laxitud articular fue 2,44, y 2,06 en el grupo sin laxitud articular.

En la tabla 1 se exponen las características de la serie.

La asociación entre laxitud articular y prolapso genital ya se ha descrito en la literatura². El presente estudio, aunque con escaso número de pacientes, confirma en nuestro medio dicha asociación. El promedio de edad de nuestras pacientes, tanto las que cumplían los criterios de laxitud articular como las controles, fue superior al descrito hasta ahora en la literatura^{4,5}. El prolapso genital es estas mujeres podría explicarse por la falta de cuidados obstétricos recibidos en el momento del parto, el empleo frecuente en tiempos pretéritos del fórceps y especialmente la falta de ejercicios durante el embarazo para reforzar la musculatura del suelo pelviano, habituales en la obstetricia actual.

Una de las características del síndrome de laxitud articular es el grado de solapamiento clínico con otras enfermedades congénitas del tejido conectivo, incluidos el hábito marfanoide⁶, la hiperextensibilidad de la piel y la tendencia a la osteopenia⁷. Siendo así, hay suficientes argumentos para plantear nuevos criterios diagnósticos del síndrome de laxitud articular que no se apoyen exclusivamente en el recuento del número de articulaciones hipermóviles. Un grupo provisional de nuevos criterios para el diagnóstico del síndrome de laxitud articular se presentó originariamente en Londres a la Sociedad Británica de Reumatología⁸. Este conjunto de nuevos criterios incorporó, al conocido y aceptado sistema de evaluación de Beighton de 9 puntos, las manifestaciones extraarticulares. Al año siguiente⁹, se presentaron los datos que validaban los criterios. La proporción de casos identificados positivamente fue de un 93%, mientras que la proporción de casos negativos identificados correctamente también fue del 93%. Por primera vez se

TABLA 1. Características epidemiológicas de la serie

VARIABLES	Laxas (n = 16)	No laxas (n = 17)	P
Edad (años) ^a	61,75	63,29	NS
Peso (kg) ^a	66	68,88	NS
Talla (cm) ^a	152,75	155,47	NS
IMC ^a	28,32	28,56	NS
Prolapso uterino ^b	13	8	0,041
Años de evolución del prolapso ^a	3,81	7,82	NS
Cistocele ^a	14	16	NS
Rectocele ^a	12	13	NS
Incontinencia de orina ^b	7	3	NS

IMC índice de masa corporal; NS: no significativo.

^aMedia.

^bNúmero de casos.

La significación estadística se estableció para $p \leq 0,05$.

incluían las manifestaciones extraarticulares del síndrome de laxitud articular para su diagnóstico, entre ellas el prolapso genital que nos ocupa.

La inclusión de las manifestaciones extraarticulares en los nuevos criterios para el diagnóstico del síndrome de laxitud articular puede ser muy útil no sólo a los reumatólogos, sino también a los internistas generales o a los médicos de atención primaria, ello puede ayudar a una mejor comprensión y definición de esta entidad muy rica desde el punto de vista clínico, habitualmente ignorada o en ocasiones confundida con la fibromialgia.

Juan C. Duró^a, Domingo J. Figueras^b y José Luis del Val^c

^aUnidad de Reumatología. Medical Madrazo. Barcelona. España.

^bUnidad de Ginecología. Medical Madrazo. Barcelona. España.

^cServicio de Epidemiología. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Jackson S, Smith P. Diagnosing and managing genitourinary prolapse. *BMJ*. 1997;314:875-8.
2. Al Rawi ZS, Al Rawi ZT. Joint hypermobility in women with genital prolapse. *Lancet*. 1982;1:1439-41.
3. Beighton P, Solomon L, Soskolne CL. Articular mobility in an African population. *Ann Rheum Dis*. 1973;32:413-8.
4. Al Rawi ZS, Al Aszawi AJ, Al Chalabi T. Joint mobility among university students in Irak. *Br J Rheumatol*. 1985;24:326-31.
5. Timonen S, Nuevanne R, Meyer G. Genital prolapse etiological factors. *Ann Chir Gynaec Fem*. 1968;57:363-70.
6. Grahame R, Edwards JC, Pitcher D, Gabell A, Harvey W. A clinical and echocardiographic study of patients with the hypermobility syndrome. *Ann Rheum Dis*. 1981;40:541-6.
7. Mishra MB, Ryan P, Atkinson P, Taylor H, Bell J, Calver D, et al. Extra-articular features of benign joint hypermobility syndrome. *Br J Rheumatol*. 1996;35:861-6.
8. Bird HA. British Society for rheumatology special interest group for joint hypermobility. *Br J Rheumatol*. 1992;31:205-6.
9. Bird HA. British Society for rheumatology special interest group for joint hypermobility. *Br J Rheumatol*. 1993;32:81.