

Por el profesor Lars Arendt-Nielsen

Laboratorio de investigación experimental del dolor: Universidad de Aalborg, Dinamarca.

Las personas afectadas por Síndrome de Ehlers-Danlos no responden a los anestésicos locales

Los signos clásicos del Síndrome de Ehlers-Danlos tipo III (SED tipo III) son la hiperlaxitud articular, la hiperelasticidad y fragilidad de la piel. Solamente cambios mínimos visibles en la piel y la hiperlaxitud articular hacen este síndrome se difícil distinguir de la simple y más habitual, hiperlaxitud articular.

Se afirma que el SED es una enfermedad rara con una incidencia de 1 cada 150.000 personas. Desde que iniciamos nuestra investigación sobre este síndrome hemos encontrado cuatro familias afectadas en nuestra área que tiene alrededor de 300.000 habitantes. Por lo tanto, este síndrome parece ser más habitual de lo que se asume y una de las razones por las cuales esto ocurre puede ser debido el hecho de que el SED tipo III se diagnóstica como síndrome de hiperlaxitud.

En las personas con SED tipo III hemos observado que la anestesia local tiene un efecto insuficiente. Por otro lado, siempre ha resultado difícil realizar un diagnóstico diferencial en el SED tipo III y las personas hiperlaxas. Sin embargo, se necesitan nuevos instrumentos que faciliten el consejo genético y el pronóstico de las personas con SED y los diferencien de las personas hiperlaxas. Por lo tanto, hemos investigado cuantitativamente si las personas con SED tipo III responden objetivamente de forma diferente que las personas hiperlaxas a la analgesia cutánea e investigamos si estos parámetros se podrían utilizar como una nueva prueba para discriminar entre estas dos enfermedades.

Se aplicó crema anestésica tópica (EMLA) a siete personas con SED, a 10 personas con hiperlaxitud y a 15 controles. La profundidad la analgesia cutánea se midió mediante nivel sensitivo y de umbral al dolor de inserciones controladas de agujas. Estas mediciones se podrían realizar fácilmente en una situación clínica diaria. La crema EMLA es fácilmente asequible y la inserción de agujas se puede realizar sin el equipo especial usado en este estudio. No encontramos diferencias en la respuesta de los controles y los hiperlaxos a la analgesia cutánea. Sin embargo, los umbrales a la estimulación cutánea medida con láser y la profundidad de la anestesia aumentaron de forma significativamente menor en las personas con SED tipo III comparados con los otros dos grupos. En la práctica clínica la prueba de inserción de agujas puede ser aplicada fácilmente para investigar las personas responden o no a los analgésicos locales.

Cuando se tomó la muestra de piel en la región de la cadera para realizar la biopsia a las personas con SED tipo III, todos afirmaron que habían tenido considerable dolor aunque se les había administrado dosis mayores del habitual de lidocaína-epinefrina al 1% infiltrada de forma subcutánea.

Cuando les preguntamos por más detalles todos ellos afirmaron que habían tenido previamente experiencias de dificultades en obtener suficiente analgesia en el dentista, aunque les habían puesto dosis sustancialmente mayores de lo habitual de analgésicos locales. Algunas mujeres afirmaron que no habían obtenido alivio del dolor con los analgésicos locales que les habían administrado cuando les realizaron la sutura de la episiotomía (procedimiento quirúrgico que comprende el corte del periné durante el parto para facilitar la salida del bebé, además ayuda evitar desgarros vaginales). Afirmaron que habitualmente son calificadas de "histéricas". Hemos probado definitivamente que éste no es el caso.