

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

## ***Información sobre la analgesia en los Síndromes de Hiperlaxitud***

La causa precisa del dolor en las articulaciones en los síndromes de hiperlaxitud es incierto, pero la experiencia sugiere que los analgésicos representan la primera elección en su tratamiento terapéutico. El paracetamol es el más barato y el más seguro, la dosis aconsejable son ocho comprimidos de 500 mgrs. al día. Si esto no llega para controlar el dolor se puede añadir comprimidos de Codeína más Paracetamol (Termalgin-Codeína por ejemplo). Esto deja todavía al Metamizol (Nolotil) y el Tramadol (Adolonta) en reserva. Antes de decidir que estas sustancias no son efectivas, cada una de ellas debería usarse durante el tiempo suficiente. Es probable que no haya mucho beneficio adicional tomando dos de estas sustancias al mismo tiempo.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) pertenecen a otro grupo, y su uso se debería reservar para cuando se sea necesario poner remedio a episodios de inflamación aguda, sobre todo cuando la subluxación de una articulación produce hinchazón y rigidez durante un par de días. De forma ideal, en esta situación los AINES de vida corta (el tiempo de su duración en la sangre es corta) son los preferibles, las preparaciones genéricas son las que ha llevan más tiempo establecidas y son las más baratas. Entre éstas están el Ibuprofeno, Ketoprofeno y el Diclofenaco por este orden ascienden en potencia (pero también en este orden asciende su probabilidad de causar efectos secundarios), cada uno actúa solamente durante unas pocas horas después de cada dosis. El Naproxeno, con una vida media mayor, se dosifica dos veces al día y el Piroxicam, con la vida media más larga, una vez al día. Si se requiere tomar AINES de forma más regular se debe tener en cuenta administrar un coxib tal como el Celebrex o Valdecoxib que son más caros pero tienen menos efectos secundarios gastrointestinales.

Paralelamente, se puede añadir un antidepresivo nocturno en dosis más bajas que las que se usan para tratamiento de la depresión puesto que esto parece mejorar la tolerancia al dolor durante el día. La Amitriptilina y la Dotiepina han demostrado ser válidas en este aspecto, aunque la Dotiepina es probable que cause más efectos secundarios. Los SSRI (Inhibidores Selectivos de la recaptación de Serotonina, el Prozac es uno de ellos) también pueden ser beneficiosos, lo mismo que otros antidepresivos. La evidencia sobre el beneficio producido por el Baclofeno o la Gabapentina es menos convincente.

La medicación oral se puede complementar con sustancias tópicas (pomadas, geles...) que se ponen sobre las articulaciones afectadas. Éstas podrían ser analgésicos (por ejemplo, Traxam gel), AINES (Airtal difulcrem, Voltaren..., hay que tener en cuenta que una parte de estos AINES usados de forma tópica se absorben a nivel de todo el organismo y pueden causar los mismos efectos secundarios que su administración por vía oral), o bien otro tipo de sustancias como la Capsaicina.

En reserva tenemos analgésicos más potentes como el Fentanilo en parches teniendo en cuenta la fragilidad de la piel, si está muy afectada.

**Howard A. Bird, MA MD FRCP**  
Profesor de Reumatología Farmacológica  
Universidad de Leeds