

Dolor osteoarticular

ARTURO RODRÍGUEZ DE LA SERNA

RESUMEN

El dolor es el síntoma principal de la patología osteoarticular y constituye el motivo más frecuente de consulta a especialistas del aparato locomotor. El envejecimiento de la población contribuye a que enfermedades cuya prevalencia aumenta con la edad, como la artrosis sean causa de dolor crónico y discapacidad en la sociedad. Independientemente de la etiología, el dolor tiene gran importancia, ya que afecta a la gran mayoría de la población en algún momento de la vida, pudiendo limitar en mayor o menor medida desde actividades profesionales y personales, hasta actividades básicas de autocuidado. La clasificación del dolor osteoarticular puede ser de cuatro tipos, de los cuales el más importante es el nociceptivo. Igualmente se ha de distinguir entre dolor inflamatorio y dolor mecánico, ya que tiene enorme trascendencia en la terapéutica aguda y de mantenimiento. Las enfermedades inflamatorias más prevalentes en las enfermedades inflamatorias son la artritis reumatoide y la espondilitis anquilosante, mientras en las de causa mecánica lo son la artrosis y la fibromialgia. El aumento de la longevidad en la población explica que además procesos como la osteoporosis ganen trascendencia en su prevalencia. La individualización del tratamiento es fundamental en el manejo del dolor y requiere una atención profesional y política de la sanidad.

Palabras clave: Dolor osteoarticular. Dolor inflamatorio. Dolor mecánico. Dolor nociceptivo.

ABSTRACT

Pain is the main symptom of osteoarticular pathology and is the most frequent reason for consulting specialists in the musculoskeletal system. The ageing of the population contributes to diseases whose prevalence increases with age, such as osteoarthritis, are the cause of chronic pain and disability in society. Regardless of population at some point in life and can limit being able to limit to a greater or lesser extent from professional and personal activities to basic self-care activities. The classification of osteoarticular pain can be of four types, of which the most important is nociceptive. It is also necessary to distinguish between inflammatory pain and mechanical pain, since it has enormous importance in acute and maintenance therapy. The most prevalent inflammatory diseases in inflammatory diseases are rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis, while in those of mechanical cause are osteoarthritis and fibromyalgia. The increase in longevity in the population explains that processes such as osteoporosis also gain importance in their prevalence. Individualization of treatment is critical in pain management and requires professional and political health care. (DOLOR. 2022;37:115-24)

Keywords: Osteoarticular pain. Inflammatory pain. Mechanical pain. Nociceptive pain.

Corresponding author: Arturo Rodríguez de la Serna, arturojj@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La definición del dolor de la IASP indica que el dolor no se limita a una simple percepción sensorial, sino que se trata de una experiencia personal que se ve influenciada por factores psicosociales y afectivos del propio enfermo. Este hecho origina gran variabilidad tanto en la intensidad del dolor como en la respuesta conductual al mismo. Por consiguiente, la limitación funcional, las quejas frente al dolor y la ingesta de fármacos serán distintas en cada paciente. Este es un concepto fundamental en la atención al paciente con dolor, ahora que estamos padeciendo una crisis generalizada de la sanidad en España, consecuencia de la pandemia, que puso de manifiesto la ausencia de inversión en sanidad en los últimos años, y que resalta la necesidad de una atención personalizada del paciente, y no manteniendo la aplicación de los protocolos estandarizados, y en muchas ocasiones establecidos por el algoritmo correspondiente y atendiendo a criterios economicistas tendentes a la disminución del gasto sanitario global¹⁻².

Uno de los objetivos de las instituciones sanitarias en conjunto, y de los sanitarios en particular, especialmente los dedicados al tratamiento del dolor, es el bienestar de la población (léase paciente). En general se distingue entre medidas objetivas y subjetivas de bienestar; las primeras descansan en un número de variables entre las que se encuentran, además de la renta *per capita*, otros indicadores relativos al mercado de trabajo, la salud, la desigualdad, la vivienda, la educación, la integración social, la seguridad y otros. Para lidiar con la gran diversidad de potenciales variables se utilizan índices contruidos mediante la agregación de indicadores simples. El más conocido es el índice de desarrollo humano de Naciones Unidas, que combina renta, salud y educación³. Probablemente en la valoración individual de cada paciente, se deberían tener en cuenta estos factores, y es probable que la aplicación de estos índices influya en la decisión terapéutica.

También se abordan desde un ángulo paralelo otros índices como: el índice global de felicidad, constituido por seis componentes, uno de los cuales es esperanza de vida con buena salud, y en el cual se valoran no solamente niveles elevados de sus componentes, sino también eficiencia⁴, y aplicado en la actualidad indica que España ocupa una posición decepcionante en el puesto 74, asociado a lo referido anteriormente⁵.

En muchas ocasiones se pueden observar cuadros en los que no hay un daño orgánico importante, como por ejemplo la fibromialgia, y que sin embargo originan niveles de dolor y de disfunción similares a enfermedades tan destructivas como la artritis reumatoide.

Aunque muchos enfermos con patología musculoesquelética crónica pueden entender las limitaciones existentes sobre la curación de su proceso, la mayoría no acepta las limitaciones terapéuticas con respecto al alivio del dolor, y consideran al mismo como una de las consecuencias más importantes y de mayor impacto de su enfermedad. Los pacientes con artritis reumatoide piensan que el dolor es más importante que la incapacidad física o psicológica, según se deduce de las explicaciones sobre el uso de medicación o de los cuestionarios genéricos de salud autoaplicados⁶.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DOLOR OSTEOARTICULAR

Hay que tener en cuenta el aspecto psíquico en las enfermedades crónicas del aparato locomotor. La depresión y la ansiedad son estados psicológicos negativos que a menudo aparecen en pacientes con artrosis, artritis reumatoide o fibromialgia. En estos procesos la depresión se asocia con niveles más altos de dolor y empeoramiento de la capacidad funcional. En artritis reumatoide, se ha señalado que el estrés produce aumento de la actividad de la enfermedad y del dolor. El sueño de mala calidad en artritis reumatoide produce incremento del dolor y de la astenia; además, el dolor produce dificultad para dormir (generando el efecto de la sardina que se muerde la cola) y ambos juntos aumentan la incidencia de depresión. En conjunto a esta sintomatología la definimos como el componente fibromiálgico de las enfermedades reumáticas, y en ocasiones es el principal componente del dolor y dificulta la valoración de la enfermedad de base⁷.

LOCALIZACIÓN Y CAUSAS MÁS PREVALENTES

El dolor osteoarticular en realidad puede estar causado por más de 100 enfermedades distintas, siendo por ello necesario un conocimiento óptimo de este síntoma para hacer un diagnóstico y tratamiento pre-

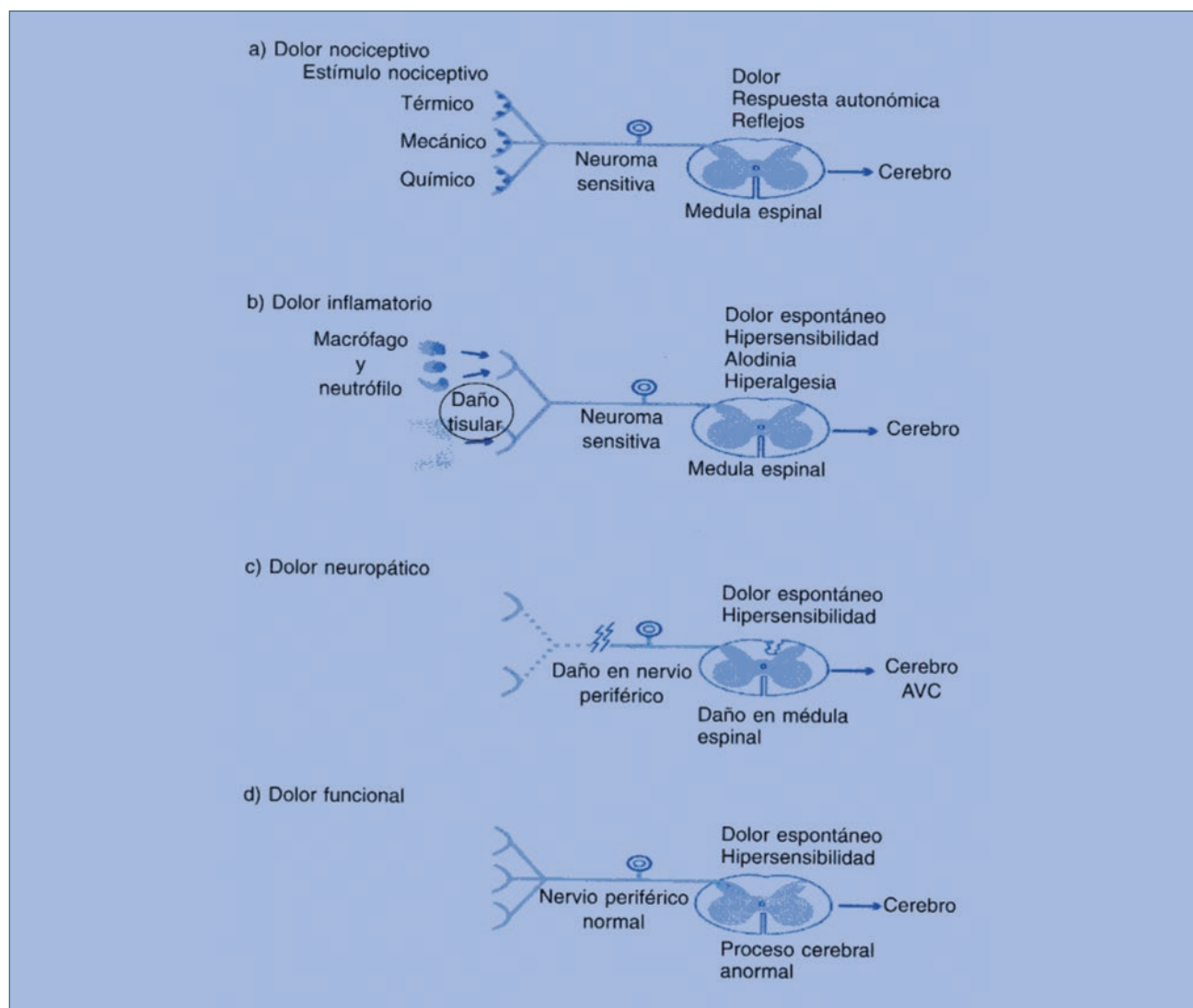


Figura 1. Clasificación del dolor.

En el dolor nociceptivo la respuesta es fisiológica, y es el dolor que nos defiende de sufrir agresiones externas, originándose de forma automática un reflejo de huida. En el dolor inflamatorio, que es el más frecuente se produce una cronificación del dolor, por persistencia del estímulo nocivo, como puede ser la inflamación primaria, u otro estímulo crónico. Lo más destacable de este tipo de dolor, es que a medida que se mantiene en el tiempo se producen fenómenos de potenciación, que hacen que el control terapéutico del mismo sea más difícil cuanto mas tiempo pase, y la importancia para evitar esto, de realizar un tratamiento lo más temprano posible, a la vez que evitar las pautas terapéuticas a demanda por la posología a tiempo fijo. Es igualmente trascendente en estos casos el alcanzar las dosis de analgesia adecuada, por lo cual el tomar menos cantidad de un fármaco analgésico que la estipulada, conduce a correr el riesgo de padecer un efecto secundario sin alcanzar el efecto analgésico deseado. El dolor neuropático, es el más anárquico y difícil de tratar, y se corresponde con una alteración en las vías que conducen la sensación dolorosa, o una alteración en los mecanismos de traducción de esta sensación a nivel cerebral. Hasta la aparición de un nuevo modelo de dolor, se consideraba que el dolor de la fibromialgia pertenecía a este tipo. Actualmente se considera que existe un cuarto tipo de dolor, que corresponde al dolor funcional, caracterizado por la normalidad tanto de la vía periférica como central, lo cual lo distingue claramente del dolor neuropático.

ciso. En el estudio epidemiológico de la Sociedad Española del Dolor (2014) el dolor osteoarticular, de predominio en miembros inferiores y columna fue la localización más frecuente (52,5%) (piernas/pies 26,5%, espalda inferior 15,4%, espalda superior

12,6%). En el estudio epidemiológico Reumatos'90, realizado en España en 1992, se pudo observar que la causa de consulta por enfermedad osteoarticular más frecuente era la artrosis (43%), seguida del dolor de espalda en general (18,5%), dolor cervical (15%)

Tabla 1. Clasificación de tipos de dolor osteoarticular

A. Según su duración:
Agudo
Crónico
B. Según su topografía:
Nociceptivo
Neuropático
C. Según localización y proyección:
Localizado
Referido
Irrradiado
D. Según la estructura anatómica lesionada:
Articular
Óseo
Muscular
E. Según sus características:
Mecánico
Inflamatorio

y lumbalgia (13%). En esta misma encuesta el 13% de la población general reconocía padecer algún tipo de dolor o patología reumática, aumentando esta cifra a un 25% en el grupo con edad superior a 60 años⁸⁻⁹.

TIPOS DE DOLOR OSTEOARTICULAR

La clasificación del dolor osteoarticular varía en función de distintos criterios, y así, en la Figura 1 se muestra una clasificación según el mecanismo de producción. Una clasificación más completa se presenta en la Tabla 1.

Siguiendo esta clasificación podemos definir el dolor:

A. Según su duración

Dolor agudo

Es el que aparece tras una lesión tisular, que desencadena un estímulo nociceptivo y sirve de sistema de alarma al organismo para limitar el daño e iniciar

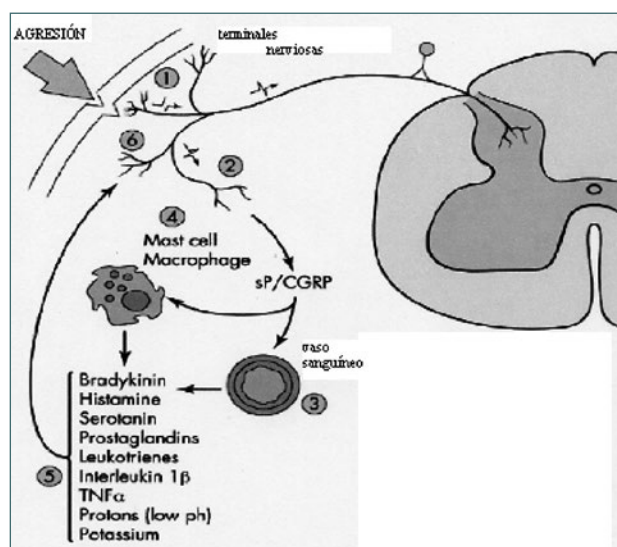
los mecanismos de reparación tisular. Suele ser temporal e intenso, y disminuye al cesar la causa que lo ha producido. Con frecuencia se origina con rapidez y además es continuo. Aparece en los traumatismos o en las artritis agudas como por ejemplo la artritis microcristalina aguda. Intermedio entre el dolor agudo y el crónico hay autores que consideran el dolor subagudo cuya duración oscila entre 1 y 3 meses¹⁰.

Dolor crónico

Es aquel que persiste después de la lesión, sin objetivo defensivo. Tampoco tiene propiedades fisiológicas reparadoras. Suele instaurarse de forma lenta y es menos intenso que el agudo. Puede deteriorar al paciente no sólo físicamente, sino también psíquicamente. Aunque por definición debe durar más de tres meses, lo habitual es que aparezca en enfermos con patologías de años de evolución. Puede ser predecible, donde a menudo se conoce su origen y su lugar de presentación, como por ejemplo el dolor costal al toser en un paciente con una fractura costal, o el dolor mecánico que se origina en un paciente con artrosis de rodilla al bajar escaleras. También puede

Tabla 2. Diferencias entre dolor nociceptivo y neuropático

	Dolor nociceptivo	Dolor neuropático
Etiología	Exceso estímulo nociceptivo	Lesión nerviosa
Trastorno de la sensibilidad	No	Hipoestesia/Hiperestesia/Alodinia
Temporalidad	Constante/fluctuante	Disestesias continuas con crisis paroxísticas
Localización	Preciso, puntual	Distribución metamérica
Descripción	Variable	Quemante, punzante
Respuesta a AINE	Parcial	Escasa
Evolución	Acaba al desaparecer el daño	Persiste después de cesar el daño

**Figura 2.** Sensibilización periférica.

Después de que se produce la agresión, el estímulo doloroso que la misma produce, denominado por nosotros como estímulo nociceptivo, (1 en la figura) tiene que ser transformado para que lo nervios lo puedan conducir hasta el cerebro, en un estímulo eléctrico. Para ello este estímulo, activa unas sustancias que se encuentran en reposo (2 en la figura) como la CGRP y estas al activarse, transmiten señales a las células de la piel (mast cell) y de la sangre (macrófagos) (3 y 4 en la figura). Estas células al recibir estas señales producen una serie de sustancias químicas denominadas mediadores de la inflamación, que son capaces de estimular a las terminales nerviosas y volverlas más sensitivas, para que reciban más señales y transmitan también más señales (5 y 6 en la figura). Dicho de otra manera: sensibilizan a las terminales nerviosas, por eso a este proceso se le denomina sensibilización. A los procesos a través de los cuales un estímulo es capaz de activar a las sustancias que están en reposo y éstas a su vez activar a las células para que produzcan los mediadores químicos se le llama *transcripción*.

ser impredecible, donde no siempre se conoce su origen y el momento de su presentación, por ejemplo: un cuadro de lumbalgia recidivante en un paciente con espondiloartrosis lumbar. El dolor recidi-

vante se puede incluir dentro del dolor crónico ya que se produce como consecuencia de una patología que persiste durante un tiempo prolongado, pero se manifiesta con características de forma aguda cuando aparece¹¹.

B. Según su topografía

Según la topografía del dolor osteoarticular se puede clasificar en dolor nociceptivo o dolor neuropático. Las diferencias entre ambos se observan en la Tabla 2.

En el dolor nociceptivo los receptores sensoriales específicos para el dolor son los nociceptores. Son las terminaciones periféricas de las neuronas bipolares que tienen su soma en los ganglios raquídeos y cuyo axón penetra en la asta dorsal de la médula espinal. Aparecen nociceptores en distintos tejidos: piel, tejido celular subcutáneo, articulaciones, músculos y vísceras. La piel tiene un gran número de nociceptores. También son abundantes en estructuras profundas como la fascia cutánea profunda, el periostio, la cápsula articular, las fascias musculares, las vainas nerviosas y los vasos sanguíneos. Por ello son muy sensibles al dolor, a diferencia de los músculos, la membrana sinovial y la grasa, que tienen una baja sensibilidad algésica por tener pocos nociceptores. El cartílago articular y el hueso compacto son insensibles al dolor. La estimulación de los nociceptores es el mecanismo más frecuente en el dolor agudo (Figura 2). Se transmite por las vías nerviosas específicas del dolor, hasta alcanzar el tálamo y la corteza cerebral. Puede ser dividido en dos clases:

Dolor somático

Se origina al ser estimulados los nociceptores por lesión de tejidos como la piel, estructuras músculo-

Tabla 3. Diferencias entre dolor mecánico e inflamatorio

Dolor mecánico	Dolor inflamatorio
Discontinuo	Continuo
Aparece con el movimiento	Puede mejorar durante la actividad física
Mejora con el reposo	Permanece durante el reposo
Ocasionalmente nocturno	Frecuentemente nocturno
Rigidez tras el reposo < 15'	Rigidez tras el reposo > 45'
Ausencia de signos inflamatorios	Signos inflamatorios presentes
Responde a analgésicos	Puede mejorar con antiinflamatorios

ligamentosas o los huesos, y se transmite por el sistema nervioso periférico. Es el que aparece con el comienzo de un estímulo definido, está vinculado al tiempo y al lugar de la zona dañada.

Dolor visceral

Es una variedad de dolor más profundo, es mal localizado y su transmisión se realiza por fibras vegetativas, preferentemente del sistema nervioso simpático. La estimulación nociceptiva visceral no siempre conlleva un cuadro álgico, oscilando desde simple molestia o pesadez a dolor intenso. Surge principalmente por la afectación de las serosas pleurales o peritoneales.

Otra posible división del dolor nociceptivo es en superficial y profundo. El superficial es el que se produce en las lesiones de la piel y mucosas, está bien localizado, es agudo, y puede producir una sensación punzante o quemante; se puede acompañar de fenómenos como el dolor cutáneo a la presión, hiperalgesia o parestesias. El dolor nociceptivo profundo, incluye el dolor musculoesquelético y el visceral¹².

C. Según localización y proyección

El dolor profundo puede dividirse a su vez en dolor localizado, referido o irradiado.

Dolor localizado

Consiste en la percepción del dolor en la estructura profunda que lo origina.

Dolor referido

Aparece cuando la sensación algésica se percibe en otra localización distinta del lugar lesionado. Tiene una distribución segmentaria, por lo que se manifiesta en estructuras embriológicamente relacionadas y que pertenecen al mismo segmento neurológico o somite que la zona lesionada. Se puede acompañar de puntos dolorosos a la presión en su área. Cuando se presiona un punto de la zona de dolor referido, se produce dolor tan sólo en ese punto, a diferencia de realizar la presión en un punto de la verdadera área de lesión, que origina dolor local y en la zona del dolor referido. De la misma forma, si se infiltra con un anestésico en la región del dolor referido sólo aparece anestesia localmente y si la infiltración se realiza en la zona de lesión, disminuirá el dolor en la zona lesionada y en la de dolor referido.

Dolor originado por patología visceral

En ocasiones puede producir dolor referido a una estructura osteotendinosa, incluso sin que aparezca el dolor propio del órgano afecto. Este hecho se puede explicar por la convergencia de fibras viscerales y somáticas en las células de la asta posterior de la médula espinal y la migración de los nervios durante el desarrollo embriogénico. Un ejemplo es el caso del dolor de hombro producido por irritación diafragmática; el tejido muscular del diafragma y el nervio frénico que lo inerva tienen el origen embriogénico en el quinto segmento cervical.

Aunque migran a considerable distancia del tejido que llega a ser el hombro, el nervio frénico activa las mismas células espinales que las inervadas por el

quinto nervio cervical, una banda de piel que incluye parte del hombro y de la región superior del brazo. Otros ejemplos de dolor visceral referido son los causados por cuadros cardíacos, como pericarditis o cardiopatía isquémica, que pueden producir dolor en el hombro y cara interna del brazo izquierdo; enfermedades gastroduodenales que a veces originan dolor en la columna dorsolumbar; lesiones esofágicas que en ocasiones desencadenan dolor referido a la columna cervical, o un aneurisma de aorta abdominal que puede producir dolor lumbar agudo.

El cortejo vegetativo que suele acompañar a la patología visceral aguda puede ayudar a diferenciar el cuadro, pero suele estar ausente en patología crónica.

D. Según la estructura anatómica lesionada:

Dolor articular

Cuando el origen es un proceso articular agudo el dolor está bien localizado, describiéndose habitualmente como punzante y quemante o pulsante. En procesos de carácter más crónico, aunque bien localizados, se experimenta un dolor de tipo sordo al que se superpone otro de carácter lancinante condicionado por los movimientos de la articulación.

Dolor óseo

El periostio es la única parte del hueso sensible a los estímulos nociceptivos. El dolor de origen óseo no se encuentra tan bien localizado. Se describe como dolorimiento profundo, que cuando se acompaña de fenómenos inflamatorios adquiere carácter pulsante. Las causas que pueden originar este tipo de dolor son tanto los traumatismos como la inflamación o infiltración tumoral del periostio. También pueden producir dolor enfermedades del metabolismo óseo como osteomalacia u osteoporosis, especialmente si producen fracturas o microfracturas óseas. En la enfermedad de Paget óseo el dolor óseo puede ser primario, por daño perióstico originado por la expansión del hueso pagético, o por microfracturas. Las lesiones más dolorosas aparecen cuando predomina la osteólisis, sobre todo en miembros inferiores. El dolor típico de la enfermedad de Paget es de intensidad moderada, no suele aumentar con el movimiento y suele acompañarse de deformidad local. Puede ocurrir también dolor por lesión secundaria de ligamentos o articulaciones vecinas, causando un

tipo de artrosis secundaria, o por compresión de troncos nerviosos o de la médula espinal por el aumento del volumen del hueso afectado.

Los tumores benignos no suelen provocar dolor a menos que compriman estructuras vecinas. La única excepción es el dolor que aparece en el osteoma osteoide. Es un dolor persistente, diurno y nocturno, independiente de los movimientos y que calma espectacularmente con aspirina u otros antiinflamatorios no esteroideos. Los tumores malignos suelen producir dolor que no se alivia con el reposo y que no varía con la actividad física.

Dolor muscular

El dolor muscular está escasamente localizado, siendo descrito como un dolor mate o una molestia difusa con sensación de tensión local. El periostio es el tejido más sensible, seguido de los ligamentos, tendones y fascias, siendo los vientres musculares los menos sensibles¹³.

E. Según características del dolor:

Un punto crucial en la anamnesis es poder diferenciar el dolor mecánico del inflamatorio (Tabla 3).

Dolor mecánico

El dolor de tipo mecánico mejora con el reposo y se puede establecer con claridad que tipo de movimientos lo desencadenan o empeoran. No se suele acompañar de signos de flogosis. Este patrón de dolor aparece en artrosis, patología discal y osteonecrosis.

Dolor inflamatorio

Por el contrario, el dolor de tipo inflamatorio persiste durante el reposo y en ocasiones incluso mejora con el movimiento. Se suele acompañar de tumefacción, calor y rubor cuando es de localización periférica. La presencia de rigidez matutina o tras el reposo, en general mayor de 1 hora de duración, suele ser debida a patologías inflamatorias, en contraposición a las causas mecánicas, que pueden causar rigidez local menor de 15 minutos. Son ejemplos de dolor inflamatorio las artropatías microcristalinas, las artropatías inflamatorias (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilo artropatías) y las artritis infecciosas¹⁴.

Otros tipos de dolor

El dolor nocturno es un síntoma cardinal. El dolor capaz de despertar al paciente suele ser inflamatorio, neurogénico, infeccioso, vascular, tumoral o secundario a un daño articular grave.

El patrón doloroso de claudicación intermitente consiste en dolor en miembros inferiores que aparece durante la deambulación. Hay dos tipos: dolor por insuficiencia vascular arterial, que suele desaparecer al pararse, aunque sea de pie, y reaparece cuando se camina cierta distancia; o por estenosis del canal vertebral lumbar, en que el dolor se alivia al sentarse o inclinarse hacia delante.

El Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) incluye la distrofia simpático refleja (SDRC tipo I) y la causalgia (SDRC tipo II). La causalgia se produce por la afectación de un nervio periférico por un traumatismo, mientras que la distrofia simpático refleja suele desencadenarse por lesiones menores en regiones ricas en terminaciones nerviosas, aunque en un tercio de los casos no se reconoce ningún mecanismo desencadenante. La distrofia simpático refleja se caracteriza por dolor urente, quemante o punzante, difuso en una extremidad. Se acompaña de alodinia, hiperalgesia, tumefacción, alteración de la sensibilidad al tacto o al frío, cambios cutáneos vasomotores y aumento local de sudoración¹⁵.

PATRONES DOLOROSOS OSTEOARTICULARES MÁS CARACTERÍSTICOS

Artritis reumatoide

Las manifestaciones básicas de esta enfermedad crónica poliarticular son el dolor, la inflamación y deformidad articular, y la limitación funcional. El dolor puede ser causado tanto por la inflamación activa como por el daño articular producido por la sinovitis crónica. La intensidad del dolor es variable, pero con frecuencia es persistente e incapacitante. En las fases iniciales el dolor predominante es de carácter inflamatorio, con distribución típica poliarticular, simétrica, y con afectación de manos y pies. Es característica de esta patología inflamatoria la rigidez matutina persistente en las articulaciones afectadas. El dolor aumenta con el reposo y disminuye a medida que se moviliza el paciente.

Cuando está activa la enfermedad las articulaciones son dolorosas a la presión y al movimiento pasivo. En la fase de artritis precoz no hay daño articular evidente en la exploración, ni erosiones, ni disminución del espacio articular en las radiografías. En ocasiones el dolor proviene de la existencia de tenosinovitis o bursitis, más que de la propia flogosis articular. Si la actividad inflamatoria articular persiste se producirán lesiones de estructuras intraarticulares además de laxitud ligamentosa y deformidad. Entonces el patrón de dolor puede cambiar y hacerse de carácter más mecánico. Este hecho se ve en articulaciones de carga, como la rodilla o la cadera, presentando el paciente dolor a la movilización y limitación marcada del rango de movimiento. Se hace necesario determinar en cada paciente si el dolor se debe a la inflamación activa o al daño articular, ya que en el primer caso se puede corregir aumentando la terapia con fármacos antirreumáticos de acción lenta, mientras que en el segundo caso habrá que aumentar la analgesia o realizar tratamiento quirúrgico paliativo. Además, la intensidad del dolor y el comportamiento ante el dolor no siempre se asocian con la actividad de la enfermedad, por lo que puede ocurrir que la medicación que disminuya la inflamación no alivie del dolor.

La respuesta a antiinflamatorios no esteroideos es clara en esta enfermedad, por lo que un 75% de los pacientes los toman de forma continuada. Otro hecho que indica el carácter inflamatorio del dolor es la mejoría que presentan los pacientes que utilizan glucocorticoides, disminuyendo el dolor y la inflamación; no obstante, el carácter crónico de este proceso y los potenciales efectos adversos de este tipo de medicación hacen que sólo se utilice de forma puntual o a dosis bajas.

Pueden aparecer manifestaciones generales acompañando al cuadro articular como fiebre, astenia, pérdida de peso y anorexia. A diferencia de otros cuadros dolorosos existe alteración en las pruebas de laboratorio, con incremento de VSG y proteína C reactiva, y el factor reumatoide suele estar en niveles aumentados en el suero de un 80% de los pacientes.

Espondilitis anquilosante

La espondilitis anquilosante es la enfermedad más característica del grupo de las espondiloartropatías, que se manifiestan por dolor en el esqueleto axial, sobre todo en la columna lumbar y articulaciones sacroilíacas, pudiendo presentarse al principio como

un dolor difuso en el área lumbar o en la zona de las nalgas. La espondilitis anquilosante tiene un patrón de dolor inflamatorio, que aparece durante el reposo nocturno, despertando incluso al paciente, y que se acompaña de rigidez en la espalda al levantarse por la mañana. Durante el día, con la actividad física el dolor mejora. Es constante la respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos, que en muchos casos son necesarios diariamente y a dosis plenas.

Los signos clínicos más importantes de la espondilitis anquilosante son la disminución de la movilidad lumbar y el dolor en la exploración de las articulaciones sacroilíacas, especialmente en las fases iniciales de la enfermedad. Cuando aparecen inflamadas las articulaciones el patrón suele ser asimétrico y con pocas articulaciones afectas, sobre todo las de gran tamaño. La presencia de dactilitis o entesitis puede también orientar el diagnóstico. Puede aparecer dolor torácico cuando se afectan las articulaciones manubrioesternales, esternoclaviculares, condroesternales o condrocostales. En ocasiones produce un síndrome sacroilíaco, con dolor referido hacia la región posterior del muslo que no debe confundirse con el dolor lumbociático producido por hernia de disco.

A diferencia de la artritis reumatoide los síntomas generales aparecen con menos frecuencia, pero sí suele haber aumento de VSG y proteína C reactiva. Otras manifestaciones extraarticulares, como la existencia de uveítis, lesiones cutáneas de psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal, pueden orientar el diagnóstico de espondiloartropatía.

Artrosis

Las principales características clínicas referidas por los pacientes con artrosis son el dolor articular de carácter mecánico, el deterioro funcional, la inestabilidad articular y la debilidad muscular periarticular. El inicio del cuadro suele ser insidioso, con episodios de dolor que aumentan en frecuencia y duración. En algunos pacientes, cuando el daño articular es grave, aparece un dolor continuo.

El dolor y la rigidez se localizan a nivel articular, y no se acompañan de sintomatología general. La rigidez matutina tras el reposo suele ser breve y localizada. El dolor puede originarse en distintas estructuras tanto internas como externas a la articulación. Los mecanismos que pueden provocar dolor son: aumento de la presión intracapsular e intraósea, microfracturas subcondrales, entesopatía o bursitis secundarias a la debilidad muscular y lesiones de estructuras articulares.

En la exploración se puede observar dolor en los movimientos pasivos y crepitación de las estructuras articulares. En cuadros evolucionados se aprecian con frecuencia algún grado de inestabilidad articular y deformidad por la proliferación ósea yuxtaarticular.

Aunque se suele llegar al diagnóstico mediante la exploración física y los datos de radiología simple, puede ocurrir que un paciente tenga dolor intenso que no se correlacione con los hallazgos radiológicos. Esto se explica por la existencia de alguna lesión sobreañadida, como lesiones meniscales en pacientes con artrosis de rodilla o necrosis avascular en coxartrosis. También es frecuente que con alteraciones radiológicas de artrosis el paciente esté asintomático. Es por ello por lo que las decisiones terapéuticas en esta patología, especialmente las quirúrgicas, deberán de basarse siempre en el grado funcional articular y en las repercusiones del dolor sobre las distintas actividades del paciente, y no en simples pruebas de imagen.

Fibromialgia

Bajo este término se engloba a pacientes que presentan un patrón característico de dolor musculoesquelético generalizado. El dolor, en la fibromialgia, está causado por una combinación compleja de procesos nociceptivos centrales y psicológicos que disminuyen el umbral del dolor y la tolerancia al mismo. La etiología es desconocida y tampoco se han encontrado alteraciones anatomopatológicas o metabólicas musculares claras. Sin embargo, se ha señalado la existencia de una desregulación central de varios ejes neuroendocrinos de respuesta al estrés y se ha constatado que el distrés psicológico ejerce un papel central en la experiencia del dolor y la morbilidad global en la fibromialgia¹⁶.

El cuadro clínico se presenta con dolor persistente en todo el cuerpo, afectando sobre todo a los músculos y sus inserciones osteotendinosas, aunque con frecuencia aparece también en las articulaciones y otros órganos (cefalea, dolor abdominal, dolor pélvico, dismenorrea). El dolor suele ser intenso variando en el tiempo en intensidad y localización y suele afectar más a hombros, caderas, región cervical y lumbar. Los pacientes suelen describir el dolor en términos dramáticos, empleando adjetivos como “corriente”, “punzante”, “quemante”, “desgarrador”.

Existe alodinia (dolor frente a estímulos que normalmente no provocan dolor), por lo que la presión en determinadas zonas del cuerpo desencadena dolor. Este hecho se ha utilizado para localizar los llamados

“puntos gatillo” o “tender points”. Son 9 pares de puntos distribuidos en áreas no articulares, bilaterales. Estas zonas no son específicas de ninguna estructura articular y aunque pueden ser molestos a la exploración, generalmente no son dolorosos en individuos normales. Además del dolor, en la mayoría de los pacientes existe cansancio, rigidez y trastornos del sueño. También pueden aparecer otros síntomas somáticos. Los datos obtenidos en la anamnesis y en la exploración, en ausencia de alteraciones analíticas y radiológicas permitirán establecer un diagnóstico preciso de fibromialgia¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coll B. Entrevista a Manel Balcells, consejero de Salud de la Generalitat. El País: 04 de febrero 2023. Año XLVIII. No. 16631. Edición Cataluña.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Inf Ter del Sist Nac Salud 2000;24: 73-76.
3. Índice de Desarrollo Humano (IDH). Wikipedia. 15 de febrero del 2023,12:23 UTC. https://es.wikipedia.org/wiki/Índice_de_desarrollo_humano
4. Índice Global de Felicidad. Wikipedia. 14 de octubre del 2022, 14:08 UTC. https://es.wikipedia.org/wiki/Índice_global_de_felicidad
5. Mas M. La eficiencia “más allá del PIB”. Laboratorio de ideas. El País: Domingo 12 de febrero de 2023.
6. Katz PP. The stresses of rheumatoid arthritis: appraisals of perceived impact and coping efficacy. *Arthritis Care Res* 1998;11:9-22.
7. León Mateos L. Aspectos psicosociales de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. *Reum Clin* 2017;16:1-2.
8. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa “Pain Proposal”. *Rev Soc Esp Dolor* 2014; 21(1): 16-22.
9. Bustabed S, Díaz Gonzalez F. Prevalence of Rheumatic diseases in adult population in Spain. *Episer 2016 study. Ann Rheum Dis* 2018; 77(Suppl 2): 535
10. Allegri M, Clark M R, De Andrés J, Jensen T S. Acute and chronic pain: where we are and where we have to go. *Minerva Anesthesiol.* 2012; 78(2): 222-35
11. Merskey H. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain* 1986;Suppl 3:S1-226.
12. Nijis J, Apeldoorn A, Hallegraef H, Clark J, Smeets R, Malfliet A, et al. Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuro-pathic, nociceptive, or central sensitization pain. *Pain Physician.* 2015;18(3) 333-46.
13. Cerveró F, Laird J M. Fisiología del dolor. En: Aliaga L, Baños JE, de Barutell C, et al (eds.). *Dolor y utilización clínica de los analgésicos.* MCR SA, Barcelona 1996;9-25.
14. Bennett G J. What is spontaneous pain and who has it? *J Pain* 2012; 13: 921-9.
15. Pendón G, Salas A, García M, Pereira D. Síndrome doloroso regional complejo tipo 1. Análisis de 108 pacientes. *Reum Clin* 2017; 13(2): 73-7.
16. Rodríguez de la Serna A. Dolor osteoarticular. En: Aliaga L, Baños JE, de Barutell C, et al. (eds.). *Dolor y utilización clínica de los analgésicos.* MCR SA, Barcelona 1996;247-62.