



Artrosis y dolor: la complejidad e impacto de un síntoma

Osteoarthritis and pain: the complexity and impact of a symptom

La artrosis/osteoartritis (OA) es un trastorno que involucra a las articulaciones móviles, caracterizado por estrés celular y degradación de la matriz extracelular iniciada por micro y macrolesiones, que activa respuestas de reparación desadaptativas que incluyen vías proinflamatorias de inmunidad innata. La enfermedad se manifiesta primero como un trastorno molecular (metabolismo anormal del tejido articular) seguido de trastornos anatómicos y/o fisiológicos (caracterizados por degradación del cartílago, remodelación ósea, formación de osteofitos, inflamación articular y pérdida de la función articular normal), que pueden culminar en enfermedad sintomática [1].

La artrosis/osteoartritis es una de las diez enfermedades más discapacitantes en los países desarrollados. Las estimaciones mundiales son que el 10 % de los hombres y el 18 % de las mujeres mayores de 60 años tienen osteoartritis sintomática, incluidas formas moderadas y graves (OMS, 2014). La edad es el predictor más fuerte del desarrollo y progresión de la OA. Es más común en mujeres, aumentando después de los 50 años, especialmente en la cadera y la rodilla. Otros factores de riesgo incluyen obesidad, inactividad física, tabaquismo, exceso de alcohol y traumatismos. Si bien la cirugía de reemplazo de articulaciones se realiza principalmente entre personas mayores de 60 años, también se realiza cada vez más entre personas a edades más jóvenes [2].

El impacto de la OA en la calidad de vida, y la relación con otras comorbilidades (obesidad, factores de riesgo cardiovascular, etc.) favorecidas por la misma, hacen considerarla como una enfermedad severa. Los estudios de la Universidad de Washington sobre salud en población general sitúan a la artrosis como la 3.ª causa de discapacidad en la mayoría de los países de Europa, y en España en concreto. En nuestro país, la OA tiene una prevalencia de 14,32 % en la población general, que sube al 26,42 % en el rango de edad de 50-69 años, siendo casi el doble en mujeres que en hombres. La carga de la enfermedad, medida en años perdidos y años con discapacidad (DALYS), supone un total de 541,14/100.000 habitantes. La Tabla I muestra la prevalencia y DALYS de la artrosis y sus diferentes localizaciones, en comparación con la lumbalgia, que en gran parte está relacionada con patología degenerativa de la columna y las enfermedades musculoesqueléticas en general [2].

Es el estudio EPISER 2016 del Sociedad Española de Reumatología sobre prevalencia de enfermedades reumáticas en España, realizado en población general mayor de 16 años, pone de manifiesto que la OA sintomática está presente en el 29 % de los casos, (periférica: 19,62 %, cadera 5,2 %, manos 7,7 %, rodilla 5,2 %, axial: 19,17 %, CC 10,1 %, CL 15,5 %, mixta: 9,66 %, 2 ó + Art. Periféricas 5,64 %) [3].

En el estudio Pandhora, realizado por A. Montero y el Grupo GTSSED DOME, sobre patología musculoesquelética en 107 unidades del dolor en España, la OA supone el 65 % de los procesos atendidos, de los cuales el 14 % son OA poliarticular, el 10,5 % OA monoarticular y un 13 % patología de columna la mayoría de causa degenerativa, y un 35 % con una intensidad media de dolor del 7/10 [4].

El dolor de ritmo mecánico es la principal manifestación clínica de la OA, junto con la pérdida de movilidad y función articular, aunque sin una correlación con la lesión estructural [5]. Este es uno de los paradigmas de esta enfermedad que nos debe hacer valorar el dolor como un proceso neurosensorial complejo y multidimensional, con fenómenos de plasticidad neuronal, que llegan a independizarse de la propia lesión que lo desencadenó y obliga a un abordaje terapéutico específico sobre las vías y mecanismos del dolor.

Varios estudios en cohortes europeas demuestran que la gravedad de la artrosis se relaciona con la intensidad del dolor y que una puntuación en la escala analógica visual en torno a 70/100 clasifica a los pacientes con una enfermedad severa, y esto se correlaciona con

TABLA I
AÑOS DE VIDA PERDIDOS CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA (AÑO 2019)
Y PREVALENCIA DE LA ARTROSIS, SEGÚN LOCALIZACIONES, EN COMPARACIÓN
CON TODAS LA ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS (MSK) Y LA LUMBALGIA

Enfermedad	DALYS X/100.000 habitantes	Prevalencia General %	Prevalencia 50-69 años %
OA total	541,14	14,32	26,42
OA cadera	46,51	1,48	2,46
OA rodilla	250,46	7,96	14,8
OA mano	199,52	6,37	12,11
OA otras	44,66	1,43	2,3
Lumbalgia	1120,97	10,64	14,13
MSK todas	2652,32	28,96	45,61

Fuente: Universidad de Washington.

la calidad de vida y la pérdida de función y un incremento de los costes sociosanitarios y de productividad laboral [6,7]. Aproximadamente, un 20 % de estas poblaciones presenta una afectación severa. Otro aspecto relevante pone de manifiesto que las poblaciones mayores de 65 años tienen una prevalencia de artrosis de mano, cadera o rodilla del 30 %, y con presencia de criterios de fragilidad en el 10 % y de prefragilidad en el 51 % de los individuos. La probabilidad de fragilidad fue 2,96 (IC del 95 %: 2,11-4,16) y la prefragilidad de 1,54 (IC del 95 %: 1,24-1,91) en los individuos con OA frente a los que no la tenían [8].

Sin duda, el dolor es el centro de la expresión clínica de la OA y la intensidad del mismo un factor determinante en la severidad y repercusión general. En el estudio EVADOR, realizado por nuestro grupo en servicios de reumatología, la OA supone el 27 % de los diagnósticos, y la intensidad del dolor severo ≥ 7 está presente en el 28 % de los casos, y supone una mayor limitación funcional (medida por BPI), una peor calidad de vida (medida por SF-12) y un peor estado emocional (medido por HADS) y mayor catastrofismo [9]. Asimismo, la probabilidad de alcanzar una situación de dolor controlado fue del 51 % con dolor intenso frente al 72 % con dolor moderado, y un estado satisfactorio para el paciente en el 41,7 vs. 56 %, respectivamente [10].

A esto hay que sumar las múltiples limitaciones que supone tratar el dolor en la artrosis, relacionadas con lo siguiente (Figura 1): considerar que el dolor es solo un síntoma, la presencia de múltiples comorbilidades asociadas a la artrosis y la edad (como obesidad, factores de riesgo y patología cardiovascular), la presencia de fenómenos de sensibilización central del dolor, la evidencia de no eficacia del paracetamol, las recomendaciones de uso limitado de AINE, los problemas de eficacia y seguridad de los opioides, la propia intensidad elevada del dolor y la afectación poliarticular o la afectación axial donde apenas hay ensayos clínicos. Merece una mención



Fig. 1. Limitaciones para el tratamiento del dolor en la artrosis. Diferentes causas.

especial la ausencia de estrategias “*Treat to Target*” (T2T) de tratamiento por objetivos. Así como en la artritis reumatoide se ha definido un objetivo al alcanzar cualitativo y cuantitativo [11], en la OA no se ha definido dicho objetivo de forma clara [12]. Los escasos datos de la literatura, y de nuestro grupo EVADOR, permiten definir una situación de dolor controlado con un percentil del 75 % en una intensidad de dolor de 5/10, y una situación de estado satisfactorio para el paciente con un percentil del 75 % en una intensidad del dolor de 4/10. En mi fundamento, estos objetivos deberían ser parte de una estrategia T2T común para las guías tratamiento.

Esta monografía sobre actualización del dolor en la artrosis ha sido coordinada por el Profesor Antonio Montero, también coordinador del grupo DOME de la SED. Sus contenidos han sido desarrollados por reconocidos expertos en cada materia, y se han elegido aquellos temas que centran al dolor como eje de la patología y que ayudan a tener una perspectiva y conocimientos más relevantes para el abordaje de una las enfermedades más prevalentes en el ser humano, con un gran impacto en la calidad de vida y la implicación de elevados costes sociosanitarios.

Esta monografía ha sido patrocinada por el laboratorio Pfizer, a quien agradecemos su colaboración, sin haber intervenido en todo el proceso científico ni editorial, que ha sido realizado con total independencia de criterio.

J. Vidal Fuentes

Unidad del Dolor Reumático. Hospital Universitario de Guadalajara. Profesor clínico UAH, Madrid

Correspondencia: Javier Vidal Fuentes
javier.vidal@sedolor.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Osteoarthritis Research Society International. Standardization of Osteoarthritis Definitions. 2020. Disponible en: <https://oarsi.org/research/standardization-osteoarthritis-definitions>
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington. 2020 [Accessed december 2020]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
3. Blanco FJ, Silva-Díaz M, Quevedo Vila V, Seoane-Mato D, Pérez Ruiz F, Juan-Mas A, et al. Prevalence of symptomatic osteoarthritis in Spain: EPISER2016 study. *Reumatol Clin*. 2020;S1699-258X(20)30023-1. DOI: 10.1016/j.reuma.2020.01.008.
4. Montero A, Samper D, Vidal J, Rodríguez MJ, Jiménez L. Study to evaluate the profile of patients attending pain units in Spanish hospitals for the first time (PANDHORA study). *Pain Manag*. 2012;2(3):209-17. DOI: 10.2217/pmt.12.19.
5. Pan F, Jones G. Clinical Perspective on Pain and Pain Phenotypes in Osteoarthritis. *Curr Rheumatol Rep*. 2018;20(12):79. DOI: 10.1007/s11926-018-0796-3.
6. Bushmakina AG, Cappelleri JC, Taylor-Stokes G, Sayers J, Sadosky A, Carroll D, et al. Relationship between patient-reported disease severity and other clinical outcomes in osteoarthritis: a European perspective. *J Med Econ*. 2011;14(4):381-9. DOI: 10.3111/13696998.2011.583703.
7. Sadosky AB, Bushmakina AG, Cappelleri JC, Lionberger DR. Relationship between patient-reported disease severity in osteoarthritis and self-reported pain, function and work productivity. *Arthritis Res Ther*. 2010;12(4):R162. DOI: 10.1186/ar3121.
8. Castell MV, van der Pas S, Otero A, Siviero P, Dennison E, Denkiner M, et al. Osteoarthritis and frailty in elderly individuals across six European countries: results from the European Project on Osteoarthritis (EPOSA). *BMC Musculoskelet Disord*. 2015;16:359. DOI: 10.1186/s12891-015-0807-8.
9. Plana-Veret C, Seoane-Mato D, Goicoechea García C, Vidal-Fuentes J; Grupo de Trabajo del Proyecto EVADOR. Pain assessment in Spanish rheumatology outpatient clinics: EVADOR Study. *Reumatol Clin*. 2019;S1699-258X(19)30050-6. DOI: 10.1016/j.reuma.2019.01.006.
10. Plana Veret C, Seoane Mato D, Gobbo Montoya M, Vidal Fuentes J. Evaluación del dolor en Reumatología. Estudio EVADOR. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2017.
11. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(4):631-7. DOI: 10.1136/ard.2009.123919. Epub 2010 Mar 9. Erratum in: *Ann Rheum Dis*. 2011;70(8):1519. Erratum in: *Ann Rheum Dis*. @2011 Jul;70(7):1349. van der Heijde, Desirée [corrected to van der Heijde, Désirée].
12. Migliore A, Gigliucci G, Alekseeva L, Avasthi S, Bannuru RR, Chevalier X, et al. Treat-to-target strategy for knee osteoarthritis. International technical expert panel consensus and good clinical practice statements. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2019;11:1759720X19893800. DOI: 10.1177/1759720X19893800.