



Protocolo diagnóstico del dolor crónico musculoesquelético

W.A. Sifuentes-Giraldo* y J.L. Morell-Hita

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Dolor musculoesquelético crónico
- Dolor neuropático
- Dolor muscular
- Dolor mecánico

Keywords:

- Chronic musculoskeletal pain
- Neuropathic pain
- Muscle pain
- Mechanical pain

Resumen

Introducción. El dolor musculoesquelético crónico es un problema muy común en la práctica clínica habitual. Afecta a todas las edades, especialmente mujeres y poblaciones con bajos recursos económicos, aumentando la prevalencia de discapacidad producida por esta causa en mayores de 60.

Etiopatogenia. El dolor musculoesquelético crónico puede clasificarse en función del mecanismo biológico en dolor neuropático (central y periférico), muscular, inflamatorio y mecánico/compresivo. Determinar el mecanismo predominante es importante, porque permite orientar el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas. Sin embargo, puede haber más de un mecanismo implicado en un mismo paciente.

Diagnóstico. La historia clínica y la exploración física son fundamentales en el diagnóstico del dolor musculoesquelético crónico, ya que no existen pruebas diagnósticas específicas y la presencia de un hallazgo patológico en una prueba complementaria no necesariamente confirma que sea la causa del dolor del paciente.

Abstract

Diagnostic protocol of chronic musculoskeletal pain

Introduction. Chronic musculoskeletal pain is a very common problem in clinical practice. It affects all ages, especially women and low-income populations, and the prevalence of disability due to this condition increases in people over 60 years.

Etiopathogeny. Chronic musculoskeletal pain can be classified according to its biological mechanism in neuropathic pain (central and peripheral), muscular pain, inflammatory pain and mechanical/compressive pain. Determine the predominant mechanism is important because it allows to guide the diagnosis and therapeutic decisions. However, there may be more than a mechanism involved in a single patient.

Diagnosis. The clinical history and physical examination are essential in the diagnosis of chronic musculoskeletal pain, because there are no specific diagnostic tests and the presence of a pathological finding in a complementary test does not necessarily confirm that is the cause of pain in the patient.

Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos afectan a cientos de millones de personas a nivel mundial y constituyen la causa más frecuente de dolor crónico y discapacidad física. La prevalen-

cia de síntomas musculoesqueléticos encontrada en diferentes estudios varía ampliamente del 9,8 al 33,2% (22% en población europea, 12% en España) y se estima que representan el 15-45% del total de consultas de Atención Primaria. Los grupos más afectados por estos problemas son las mujeres y las personas con bajos ingresos económicos. La prevalencia de discapacidad debida a problemas musculoesqueléticos también se incrementa a medida que la población envejece, ele-

*Correspondencia

Correo electrónico: albertosifuentesg@gmail.com

vándose del 3,1% en pacientes menores de 60 años al 50% en los mayores de 75 años. De la población europea que recibe algún tratamiento de forma crónica, el 32% de los casos es debido a estos trastornos, siendo solo superados por la hipertensión arterial. Esto demuestra que una parte importante de los recursos de los sistemas sanitarios son dirigidos al tratamiento del dolor musculoesquelético crónico (DMEC), lo cual ha llevado a una toma de conciencia por parte de las autoridades y al desarrollo de iniciativas para abordar este problema tanto a nivel mundial (Campaña global “*Bone and Joint Decade*” por parte de la Organización Mundial de la Salud en el año 2000) como en nuestro medio (Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud en el año 2013). Desde la perspectiva del paciente, el DMEC tiene un impacto significativo en su actividad laboral y relaciones sociales, y afecta de forma significativa su salud mental y calidad de vida, por lo cual requiere un abordaje multidisciplinario que tome en cuenta estos aspectos, además del manejo del dolor en sí.

Definición

Existe variedad de definiciones para el concepto de dolor crónico, dentro de las cuales se incluyen:

1. *International Association for the Study of Pain*, 1994. Dolor sin aparente valor biológico que ha persistido más allá del tiempo normal de reparación tisular (usualmente 3 meses).

2. *Wisconsin Medical Society Task Force on Pain Management*, 2004. Dolor persistente que puede ser continuo o recurrente y de duración e intensidad suficiente para afectar de forma adversa el bienestar del paciente, su nivel funcional y calidad de vida.

3. *Institute for Clinical Systems Improvement*, 2013. Dolor sin valor biológico que ha persistido más allá del tiempo normal y a pesar de los esfuerzos habituales para diagnosticar y tratar la condición original y las lesiones.

En general, se considera que el dolor de origen musculoesquelético (que afecta a estructuras del aparato locomotor, incluyendo articulaciones, huesos, músculos, tendones, entesis, ligamentos y fascia) es crónico cuando su duración es mayor de 3 meses, pero es importante diferenciarlo del dolor agudo no tratado. No obstante, si el paciente experimenta dolor persistente por un período mayor a 6 semanas (o mayor al tiempo de recuperación esperado), deberían evaluarse las causas de dolor crónico.

Clasificación

Existen varias formas de clasificar el DMEC. El grupo de trabajo del *Institute for Clinical Systems Improvement* considera 4 tipos en función del mecanismo patogénico predominante.

Dolor neuropático

Se produce por daño o disfunción del sistema somatosensorial. El carácter del dolor neuropático es generalmente des-

crito como urente o punzante, sigue la distribución del territorio específico de un nervio, en guante/caletín o la de uno o más dermatomas. La exploración física evidencia una alteración sensitiva del territorio afectado (hipoestesia, hiperestesia, alodinia) o frialdad cutánea por estímulo simpático. Ejemplos de este tipo de dolor incluyen la lumbociática, neuropatías por atrapamiento, neuropatía diabética, neuralgia del trigémino y neuralgia postherpética. La fibromialgia es un proceso caracterizado por DMEC generalizado, rigidez, hipersensibilidad y alteraciones cognitivas, es considerado actualmente como un síndrome de dolor neuropático producido por sensibilización central y constituye una categoría especial dentro de este tipo de dolor. Otros procesos dolorosos neuropáticos de origen central incluyen el síndrome neuropático postictus, la esclerosis múltiple y la mielopatía compresiva.

Dolor muscular

Se caracteriza por una disfunción dolorosa de uno o varios músculos en una región del cuerpo, con pérdida del rango de movilidad y dolor por presión en varios puntos con una distribución típica (puntos gatillo). Se asocia con la presencia de contracturas musculares y, en algunos casos, la contracción muscular puede ser provocada por la palpación o punción del músculo afectado. Habitualmente se presenta después de una lesión o con la actividad laboral repetitiva. Dentro de este tipo de dolor se incluyen los síndromes miofasciales y típicamente no se encuentran hallazgos en las pruebas de imagen. En algunas situaciones, un aparente síndrome miofascial puede ser una respuesta a un daño estructural subyacente a nivel vertebral o visceral.

Dolor inflamatorio

Es un tipo de dolor nociceptivo en el cual los mediadores inflamatorios activan a las terminaciones nerviosas primarias que llevan la información del estímulo doloroso a la médula espinal. Clínicamente se caracteriza por la presencia de signos inflamatorios locales y antecedente de lesión u otra causa de inflamación conocida. Ejemplos de este tipo de dolor incluyen la artritis reumatoide, infecciones, traumatismo, dolor postoperatorio, etc.

Dolor mecánico/compresivo

Clínicamente se caracteriza por ser agravado por la actividad física y aliviado temporalmente con el reposo. Se considera también como un tipo de dolor nociceptivo debido a una compresión o estiramiento mecánico que estimula directamente las terminaciones nerviosas sensitivas. La historia clínica y las pruebas de imagen habitualmente orientan al diagnóstico. Ejemplos de este tipo de dolor incluyen la cervicalgia y lumbalgia mecánicas relacionadas con procesos traumáticos o degenerativos, fracturas, trastornos obstructivos, compresión de estructuras adyacentes por el crecimiento de un tumor, quiste o proliferación ósea, etc.

Otra forma de clasificación considera solo 3 categorías: dolor nociceptivo (que incluye al dolor mecánico/compresivo e inflamatorio), dolor neuropático periférico (específicamente referido al que tiene evidencia de daño o disfunción de nervios periféricos) y dolor neuropático central o “centralizado” (que tiene como prototipo a la fibromialgia, e incluye además el síndrome de intestino irritable, la cefalea tensional y el trastorno temporomandibular).

En la práctica clínica habitual resulta importante determinar cuál de dichos mecanismos se encuentra implicado en un paciente con DMEC, ya que esto influye en la toma de decisiones terapéuticas, contándose en la actualidad con una amplia variedad de medicamentos específicos para cada tipo de dolor, que se pueden adaptar a las necesidades del paciente. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que más de un mecanismo puede estar implicado y se debe determinar la contribución relativa de cada uno de ellos para orientar mejor la estrategia de tratamiento.

Diagnóstico

El diagnóstico del DMEC puede inicialmente no ser claro, ya que los pacientes describen los síntomas de forma inadecuada o estos pueden ser comunes a varios trastornos que afectan tanto al aparato locomotor como a estas estructuras no relacionadas, como es el caso de los dolores referidos de origen visceral o el dolor neuropático de origen central. Por ello resulta indispensable recopilar una historia clínica completa y detallada que oriente a la causa y evite la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios (fig. 1).

Anamnesis

La historia del paciente con DMEC puede dar importantes claves respecto a su origen. Identificar la forma de inicio y la progresión de este problema puede ayudar a enfocar cómo evoluciona de un dolor localizado a uno más generalizado. Una valoración adecuada del dolor incluye su localización, intensidad, tipo, forma de inicio, duración, variaciones/ritmo, expresividad clínica, factores que lo alivian, factores exacerbantes y respuesta a tratamientos previos. Deberían incluirse además preguntas sobre hábitos alimenticios, patrón de sueño, antecedentes de abuso de sustancias, depresión u otros trastornos psiquiátricos que pudiesen alterar la percepción del dolor.

Exploración física

La valoración del DMEC debe incluir tanto la exploración del aparato locomotor como del sistema nervioso periférico y central. Se debe prestar especial atención a la presencia de deformidades, dismetrías, atrofia muscular, cianosis o palidez de una extremidad, postura en bipedestación, arcos de movilidad, signos inflamatorios locales, dolor a la presión en zonas de contracturas o “puntos gatillo”, alteraciones sensitivas, déficits motores y estado mental.

Pruebas diagnósticas

No existen pruebas diagnósticas específicas para el DMEC. Es importante siempre recordar que la presencia de un hallazgo patológico en una prueba no confirma necesariamente que esta sea la causa del dolor del paciente. Sin embargo, las pruebas diagnósticas son útiles en pacientes con DMEC para ayudar a clarificar los mecanismos implicados, orientar el tratamiento y referir al paciente al especialista adecuado.

La analítica de sangre de rutina no está indicada en todos los casos, y debería ser solicitada para valorar causas específicas de dolor (por ejemplo, reumatológicas, infecciosas o tumorales) que ya hayan sido sugeridas por la historia y la exploración física del paciente. Los reactantes de fase aguda como la velocidad de eritrosedimentación y la proteína C reactiva deberían encontrarse dentro de rangos normales cuando el dolor es de origen neuropático o mecánico, pero pueden encontrarse elevados cuando es de origen inflamatorio (polimialgia reumática, artritis reumatoide, procesos infecciosos, etc.).

Las radiografías simples son de utilidad para excluir una patología de manejo urgente, como es el caso de las fracturas o las masas tumorales. La tomografía computadorizada y la resonancia magnética se usan con frecuencia, especialmente en el dolor que se localiza en la columna. No obstante, la indicación de estas pruebas debe estar bien sustentada para evitar gastos innecesarios o exposición a radiación. También puede ser necesaria la realización de pruebas neurofisiológicas, especialmente la velocidad de conducción nerviosa y el electromiograma, que pueden brindar una importante información en el dolor neuropático periférico y en las miopatías. Adicionalmente, los especialistas del tratamiento del dolor pueden llevar a cabo pruebas terapéuticas de bloqueo de nervios o articulaciones.

Instrumentos de valoración del dolor

La intensidad del dolor en un paciente determinado puede ser registrada utilizando escalas de valoración autoadministradas (escalas analógicas visuales, numéricas o verbales), que permiten comparar su evolución a lo largo del tiempo y así poder juzgar si aumenta o disminuye con el tratamiento. Otros instrumentos de valoración multifuncionales de mayor complejidad incluyen el *Brief Pain Inventory* y la versión revisada del cuestionario corto de dolor de McGill.

Recomendaciones

En el diagnóstico de los pacientes con DMEC deberían tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. El médico debe llevar a cabo una valoración integral en todos los casos, con una historia clínica orientada que incluya sus características clave.
2. Completar la historia clínica con una adecuada exploración física y recoger otras comorbilidades, especialmente las psiquiátricas.

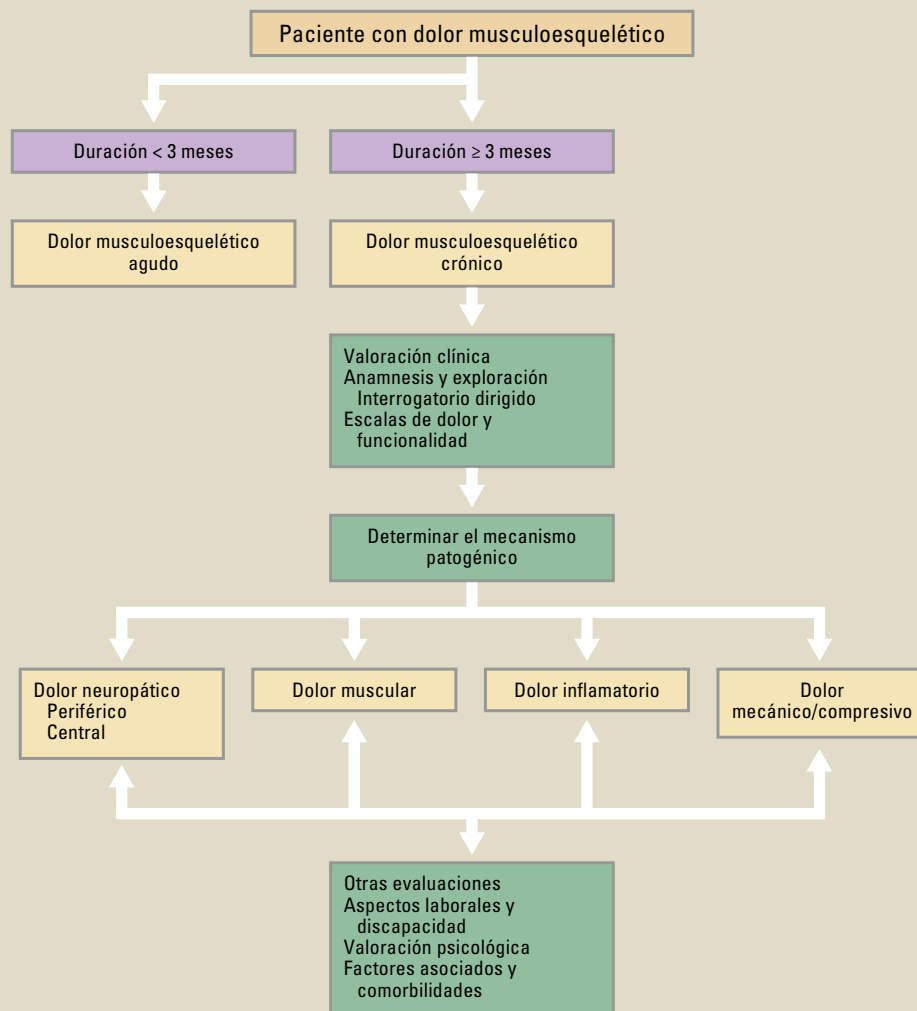


Fig. 1. Algoritmo diagnóstico del dolor musculoesquelético crónico.

3. Incluir la evaluación de la intensidad del dolor, que puede registrarse mediante las escalas analógicas visuales, numéricas o verbales, asegurándose de que el paciente sea capaz de realizarlas (brindar instrucciones sencillas y adaptarlas en pacientes con déficits sensoriales o nivel cultural bajo).

4. Evaluar además el impacto del dolor sobre la funcionalidad y la calidad de vida del paciente (por ejemplo, síntomas asociados, alteraciones del sueño, fatiga, cambios en la actividad física, concentración e interrelaciones personales).

5. Documentar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, de manera que se facilite la monitorización posterior y la comunicación con otros especialistas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía recomendada

● Importante ●● Muy importante

- ✓ Metaanálisis
- ✓ Artículo de revisión
- ✓ Ensayo clínico controlado
- ✓ Guía de práctica clínica
- ✓ Epidemiología

- ✓ Cimmino MA, Ferrone C, Cutolo M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011;25(2): 173-83.
- ✓ Clauw DJ. Diagnosing and treating chronic musculoskeletal pain based on the underlying mechanism(s). *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015; 29(1):6-19.
- ✓ Dieppe P. Chronic musculoskeletal pain. *BMJ* 2013;346: bmj.f3146.
- ✓ Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_enfermedades_reumaticas_Accesible.pdf
- ✓ Hooten WM, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, et al. Assessment and Management of Chronic Pain. Institute for Clinical Systems Improvement 2013. Disponible en: https://www.icsi.org/_asset/bw798b/ChronicPain.pdf
- ✓ Rosenquist EWK. Evaluation of chronic pain in adults. UpToDate 2016. Disponible en: www.UpToDate.com
- ✓ Salaffi F, Ciapetti A, Carotti M. Pain assessment strategies in patients with musculoskeletal conditions. *Reumatismo*. 2012;64(4): 216-29.