



## CARTA AL EDITOR

## ¿Debe ser considerada la artrosis como un modelo de dolor nociceptivo?



### Should osteoarthritis be considered a model of nociceptive pain?

Sr. Editor,

Hemos leído con mucho interés el artículo especial publicado recientemente en la revista ATENCIÓN PRIMARIA «Artrosis: ¿cambios degenerativos o adaptativos? Consejos educativos breves en la consulta de atención primaria»<sup>1</sup>, y nos gustaría enfatizar la importancia de comprender los fenotipos del dolor en la artrosis, especialmente en la gonartrosis, para seleccionar estrategias apropiadas para el manejo del dolor en estos pacientes.

Muchos autores, clásicamente, han considerado la gonartrosis como un modelo de dolor nociceptivo. Sin embargo, las diferentes presentaciones de los síntomas de dolor en la gonartrosis también pueden identificar posibles subgrupos de gonartrosis que requieren una estrategia de tratamiento diferente. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor reconoce el dolor nociceptivo (daño tisular), neuropático (lesión nerviosa) y nociplástico (sistema nervioso sensibilizado) como tipos distintos de dolor impulsados por diferentes mecanismos. Probablemente la gonartrosis es un síndrome de múltiples mecanismos fisiopatológicos y, con el tiempo, los pacientes con gonartrosis probablemente han sufrido dolor nociceptivo, neuropático y nociplástico. El

dolor que experimentan los pacientes con gonartrosis podría verse como un *continuum* y normalmente comienza con dolor nociceptivo debido a daño tisular periférico e inflamación persistente después de un traumatismo o la sobrecarga articular. El trauma o la sobrecarga articular puede resultar directamente en una lesión nerviosa o puede iniciar una inflamación que puede resultar en neuropatía de fibras pequeñas e inflamación neurogénica. La facilitación continua del dolor a través de la sensibilización periférica y la neuroinflamación puede resultar en una sensibilización central. Cuando no hay evidencia clara de daño tisular o daño nervioso que cause la activación de los nociceptores, el dolor experimentado puede ser el resultado de un sistema de dolor hipersensible. Este estado de dolor puede caracterizarse como nociplástico. Además, cuando existe este *continuum* de tipos de dolor (desde el nociceptivo hasta el nociplástico, pasando por el neuropático) en la gonartrosis, parece lógico que existan cuadros de dolor mixtos y que sea necesario iniciar el tratamiento lo antes posible para romper este círculo vicioso<sup>2</sup>.

Los resultados de una reciente revisión sistemática y metaanálisis en pacientes con gonartrosis y artrosis de cadera mostraron que la prevalencia de dolor neuropático, utilizando el cuestionario PainDETECT, fue del 20%, y del 41% si se utilizaba el cuestionario Douleur Neuropathique 4 (DN4) en la gonartrosis. En el caso de la artrosis de cadera, la prevalencia agrupada de dolor neuropático fue del 9 y 22%, respectivamente<sup>3</sup>.

Al igual que el dolor neuropático, es importante evaluar los fenómenos de sensibilización central en la artrosis, ya que pueden llegar a estar presentes en aproximadamente el

**Tabla 1** Tratamiento del dolor basado en los mecanismos subyacentes

	Periférico (nociceptivo)	Neuropático	Centralizado
AINE	+	—	—
Opioides	+	+	—
Cirugía/infiltraciones	+	+	—
Tricíclicos	+	+	+
IRSN	+	+	+
Gabapentinoides	—	+	+
CBD	+	—	—
THC	—	+	+

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; CBD: cannabidiol; IRSN: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina; THC: tetrahidrocannabinol.

Fuente: Elaboración propia.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103218>

0212-6567/© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc/4.0/>).

30% de los pacientes, y su presencia implica un manejo terapéutico distinto del dolor nociceptivo habitual. Así, en los pacientes candidatos a artroplastia de rodilla es importante evaluar el grado de sensibilización previo a la cirugía, puesto que son los pacientes con mayor grado de sensibilización los que presentarán evoluciones más tórpidas y mayores niveles de dolor posquirúrgico<sup>2</sup>.

En conclusión, durante el transcurso de la gonartrosis los pacientes probablemente experimenten más de un tipo de dolor distinto. Por lo tanto, todos los profesionales que atendemos a estos pacientes debemos estar alerta no solo para ajustar su tratamiento si los mecanismos fisiopatológicos subyacentes tienden a cambiar, sino también para personalizar el tratamiento del tipo de dolor asociado (tabla 1).

Esperamos que estas reflexiones ayuden a clasificar las diferentes condiciones de dolor crónico mediante la evaluación de las características de sensibilización del dolor y los 3 descriptores de dolor propuestos por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (sin olvidar el «dolor mixto»), y sirva de estímulo para analizar con más detalle y proporcionar información para la realización de nueva evidencia, así como estudios que pretendan evaluar de forma más amplia la patogénesis de algunas entidades dolorosas, como la gonartrosis.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Izquierdo Enríquez G, García Espinosa MV, Prieto Checa I, Fernández de Paúl M, Moreno Carrero P, García Vila SF. Artrosis: ¿cambios degenerativos o cambios adaptativos? Consejos educativos breves en la consulta de atención primaria. *Aten Primaria*. 2024;57:103173, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103173>.
2. Alcántara Montero A. «Dolor mixto»: conceptualización actual y aproximación para Atención Primaria. *Semergen*. 2024;51:102447, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2024.102447>.
3. Zolio L, Lim KY, McKenzie JE, Yan MK, Estee M, Hussain SM, et al. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of neuropathic-like pain and/or pain sensitization in people with knee and hip osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2021;29:1096–116, <http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2021.03.021>.

Antonio Alcántara Montero\* y Alfonso Castro Arias

*Centro de Salud Trujillo. Consultorios de Herguijuela-Conquista de la Sierra, Trujillo, Cáceres, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [a.alcantara.montero@hotmail.com](mailto:a.alcantara.montero@hotmail.com) (A. Alcántara Montero).