

39

Qué es?

El Dolor y otros Síntomas Reumáticos

El dolor es el principal síntoma de las enfermedades reumáticas y es la causa más frecuente de consulta. Su origen puede ser muy variado, ya que no solo las articulaciones pueden ser la causa de este dolor, sino también todas las estructuras musculoesqueléticas cercanas a las mismas, como tendones, músculos, bolsas serosas, ligamentos y huesos. La intensidad, localización, duración y características del dolor osteoarticular son muy variadas y con frecuencia es necesaria la consulta médica para establecer el origen y gravedad de este síntoma.

En ocasiones, en lugar de dolor se producen molestias, pinchazos, sensación de pesadez, tirantez o cansancio localizados en una zona del cuerpo (hombro, cuello, región lumbar, piernas, etc.) con dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. Otras veces la localización es más imprecisa y el dolor se percibe en zonas más extensas del cuerpo, aunque casi siempre es más intenso alrededor de las articulaciones y en las zonas de inserción de los músculos.

Otros síntomas que pueden presentarse en las enfermedades del aparato locomotor son las contracturas musculares, la rigidez matutina, las alteraciones del sueño y el descanso nocturno poco reparador (levantarse peor que estaba al acostarse). Algunas enfermedades reumáticas pueden causar manifestaciones clínicas en otros órganos y sistemas como la piel, los riñones, los ojos, los pulmones o el corazón.

¿CÓMO SE PRODUCE EL DOLOR?

Todo nuestro cuerpo, incluidas las estructuras esqueléticas, está dotado de receptores sensitivos para el dolor. Estos "sensores" se pueden estimular por sustancias químicas y por factores mecánicos. Se sabe que en casi todos los procesos reumáticos se producen fenómenos inflamatorios que dan lugar a la liberación de sustancias con gran capacidad para estimular estos receptores. Además los receptores también se activan por estímulos físicos: alargamientos excesivos y prolongados de los músculos, ligamentos, cápsula articular y nervios, por las presiones exageradas sobre estas mismas estructuras o por los golpes y traumatismos. Una vez que el receptor se activa, transforma el estímulo doloroso en una corriente eléctrica que se transmite por las fibras de los nervios sensitivos. Pero la corriente nerviosa no se transmite de una fibra a otra, sino que precisa de una sustancia química especial que es liberada en el extremo de una fibra nerviosa y captada por la siguiente, a esta sustancia se le denomina neurotransmisor (acetilcolina, noradrenalina, dopamina, aminoácidos, neuropéptidos y encefalinas). A través de las fibras sensitivas el mensaje de la sensación dolorosa llega hasta la corteza cerebral y en dicha localización se hace consciente.

¿POR QUÉ DUELEN LAS ARTICULACIONES?

Con frecuencia el dolor osteoarticular se produce por la existencia de inflamación o de una lesión de alguna de las estructuras mencionadas. Hablamos de artritis cuando junto al dolor existen otros hallazgos que indican que la articulación está inflamada. El dolor es la molestia predominante y suele tener un ritmo que se denomina "inflamatorio" ya que no solo duele con el movimiento de la articulación sino que también duele en reposo y con frecuencia se intensifica durante la noche. Dependiendo de la intensidad y localización de la articulación inflamada también se puede observar limitación de la movilidad, tumefacción de la articulación y a veces se objetiva más calor y enrojecimiento cuando se compara con la articulación del otro lado. Este tipo de dolor se observa en la artritis reumatoide, espondiloartropatías, artropatía psoriásica y artritis infecciosas entre otras.

Hablamos de artralgias cuando el dolor articular es el único síntoma y no se objetivan el resto de signos característicos de la inflamación. En estos casos el dolor suele intensificarse cuando se moviliza la articulación dolorosa y mejora o desaparece cuando ésta permanece en reposo. Este patrón de dolor denominado "mecánico", se observa en pacientes con artrosis y en la patología de los discos vertebrales.

¿ESTÁ RELACIONADA LA INTENSIDAD DEL DOLOR CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD ARTICULAR?

El dolor es un mecanismo de defensa del organismo que alerta al individuo de la existencia de un daño o disfunción en alguna parte de su cuerpo. El dolor no solo está relacionado con el daño producido, sino que se trata de una experiencia personal que está influenciada también por factores psicosociales y afectivos del propio enfermo. Este hecho origina gran variabilidad tanto en la intensidad de la sensación de dolor como en la respuesta de cada individuo ante este dolor. Por consiguiente, la limitación funcional, las quejas frente al dolor y la ingesta de fármacos son distintas en cada paciente. Y también explica porqué 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 al que se presenta en enfermedades tan destructivas como la artritis reumatoide.

¿QUÉ DEBO HACER EN EL CASO DE PRESENTAR UN DOLOR ARTICULAR?

El médico de atención primaria está capacitado para evaluar y tratar las causas más frecuentes y habituales de dolor originadas en el aparato locomotor. Pero cuando el dolor se hace refractario, es secundario a un proceso inflamatorio o el médico de cabecera lo considera oportuno, deberá consultar con el reumatólogo lo antes posible.

El reumatólogo es el médico especializado en las enfermedades del aparato locomotor y puede diagnosticar con mayor precisión la causa del dolor entre las múltiples enfermedades que se localizan en el aparato locomotor. El manejo del dolor requiere la realización de una evaluación clínica completa, con un interrogatorio y una exploración cuidadosa. En este examen se analizan las características del dolor, su distribución, el número de articulaciones afectadas, la presencia

de hinchazón, etc. Así mismo, en algunas ocasiones se realizan además unos análisis que sirven de ayuda para confirmar una enfermedad ya sospechada durante el interrogatorio o para seguir la evolución de un enfermo. También las radiografías u otras técnicas de imagen son útiles en algunos casos.

Una vez hecho el diagnóstico de la enfermedad, el reumatólogo establecerá un plan de tratamiento que puede incluir fármacos de diversa índole, terapia física y educación del paciente. Siempre deberá tenerse presente que la intensidad del dolor es un factor de riesgo muy importante que predispone a que este dolor se cronifique. Para evitar esta complicación es importante instaurar un tratamiento eficaz lo más rápido posible ante cualquier dolor de tipo severo.

¿POR QUÉ SE PRODUCE LA RIGIDEZ ARTICULAR AL DESPERTARSE?

La denominada rigidez matutina es una queja común en pacientes con enfermedades reumáticas. El paciente nota dificultad para el inicio de los movimientos cuando se levanta por la mañana, cuya duración es variable pudiendo ser permanecer durante varias horas. Se debe a la acumulación de líquido y de productos metabólicos irritantes producidos durante el proceso inflamatorio en el interior y alrededor de la articulación; este edema de los tejidos se favorece por la inmovilidad de la noche o después de un reposo prolongado.

Dado que esta rigidez se relaciona estrechamente con la inflamación articular, cuando dura más de 30 minutos constituye un buen indicador del grado de actividad de la artritis. También es muy frecuente en pacientes con artrosis, aunque en estos pacientes su duración suele ser de pocos minutos.

¿POR QUÉ SE PRODUCE CANSANCIO EN MUCHAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS?

El cansancio y la fatiga, también denominado astenia, es una sensación de debilidad y falta de vitalidad generalizada, tanto física como intelectual, que reduce la capacidad para trabajar e incluso para realizar las tareas más sencillas. Curiosamente, no aparece después de realizar un gran esfuerzo, como sería lo normal, sino que se manifiesta cuando desarrollamos aquellas actividades que marcan nuestro día a día, incluso las más sencillas. Es más, la astenia puede manifestarse de forma constante, sin que se haya realizado ningún tipo de esfuerzo. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Es un síntoma muy frecuente y a la vez muy inespecífico, que está presente tanto en enfermedades del aparato locomotor como en otras enfermedades (infecciones, neoplasias, alteraciones psicósomáticas, etc.).

La astenia de origen orgánico es la más aguda, la que tiene síntomas más concretos y la que es más importante identificar, ya que puede ser consecuencia de patología muscular, anemia, enfermedades metabólicas, infecciones o neoplasias, y se soluciona al tratar la enfermedad de base. La mayoría de las veces el origen exacto de este cansancio es desconocido o esta producido por una situación de estrés, por depresión o por la ansiedad provocada por las dificultades de la vida, siendo entonces más difícil de tratar.

¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS CON EL SUEÑO?

El sueño tiene un papel importante en el mantenimiento de la salud física y mental. Cuando se altera repercute en la calidad de vida del individuo. La dificultad para dormir puede deberse a numerosos factores internos o externos a nuestro propio organismo. El insomnio y otros trastornos del sueño tienen un origen primario y se producen por una alteración de los centros reguladores, situados en el tronco del encéfalo. En otros casos la alteración del sueño es un síntoma secundario a otra alteración física o mental (dolor crónico, depresión, ansiedad, etc.).

Las alteraciones del sueño son síntomas comunes de depresión y existe evidencia de que un insomnio pertinaz puede predisponer a desarrollar una enfermedad psiquiátrica. También en las situaciones de dolor crónico, muy frecuentes en las enfermedades musculoesqueléticas, existe una importante interrelación entre el dolor y el sueño. Por una parte el dolor, especialmente el de ritmo inflamatorio, alcanza mayor intensidad nocturna y puede interferir con el sueño reparador. Y por otra se sabe que las alteraciones en la calidad o en la cantidad del sueño empeoran la percepción del dolor. El 70% de los pacientes con fibromialgia se quejan de tener un sueño de mala calidad ("me levanto más cansado de lo que me acuesto"), empeorando el dolor los días que duermen mal. Los investigadores encuentran que los pacientes con fibromialgia se duermen sin problema, pero su sueño profundo se ve interrumpido. Los registros electroencefalográficos están alterados en el sentido de que en esta fase se detectan unas ondas similares a las que mantienen la actividad cerebral durante la vigilia. Por tanto un buen consejo para aliviar el dolor de origen musculoesquelético es mejorar las condiciones del sueño.

¿CÓMO ES EL SUEÑO NORMAL?

El electroencefalograma (EEG) propio del estado de vigilia se caracteriza por la presencia de ondas alfa (de 8 a 12 cps o ciclos por segundo) y por una actividad de bajo voltaje. Cuando el sueño se inicia se produce la desaparición de esa actividad alfa y aparecen ciertas variaciones rítmicas regulares que se clasifican en dos grupos: Una fase de "sueño ortodoxo", denominada así porque el metabolismo y las funciones vitales se hacen más lentas durante esta fase. Y otra fase denominada "sueño paradójico" o fase REM, del inglés Rapid Eyes Movement (Movimiento Rápido del Ojo) que se caracteriza por que la actividad cerebral se intensifica, de forma parecida a cuando la persona está despierta.

Cuando comenzamos a dormir se inicia el sueño ortodoxo, también denominado no REM, que se compone de cuatro etapas o fases:

Fase I. Es un estado de transición entre el adormilamiento y la relajación. Se caracteriza por lentos movimientos de los ojos y ensoñaciones cortas muy vívidas, en las que se ven imágenes en color y con mucho detalle.

Fase II. Pasados unos cuantos segundos o minutos, comienza la fase II, en el EEG se observan unas ondas características, llamadas husos de sueño (de 13 a 15 cps). Es un sueño ya verdadero, que ocupa más del 50% del tiempo de sueño en el adulto. La actividad mental en este momento es dispersa y con pensamientos.

Fase III. Se caracteriza por la aparición de las ondas delta (actividad de alto voltaje y de 0,5 a 2,5 cps). En esta fase no se sueña, se está muy descansado, hay una disminución de la tensión arterial y del ritmo respiratorio. Durante el sueño de ondas lentas se segrega hormona del crecimiento para que el cuerpo se reponga de su desgaste (anabolismo). También en esta fase es cuando se producen las pesadillas, el sonambulismo y los periodos de regeneración de la memoria.

Fase IV. El ciclo termina con esta fase en la que, algunas veces, las ondas delta ocupan la mayor parte del registro del EEG.

El sueño nocturno característico consiste en la repetición de un ciclo de 90 a 110 minutos de sueño no REM y de unos 20 minutos de sueño REM, que se repite varias veces a lo largo de toda la noche. Casi un 80% del ciclo está ocupado por las cuatro fases de sueño ortodoxo o no REM. Conforme avanza la noche las fases del sueño ortodoxo se van haciendo menos extensas y por el contrario los periodos REM se van alargando.

¿QUÉ ES UN SUEÑO NO REPARADOR?

Los trastornos del sueño se caracterizan por una interrelación circular con el dolor crónico, por la cual el dolor lleva a los trastornos del sueño y estos últimos incrementan la percepción del dolor. El 70% de los pacientes con un dolor crónico presentan algún tipo de alteración del sueño. Muchos pacientes con artritis o con fibromialgia experimentan insomnio o alguna otra alteración del sueño. Con frecuencia, aunque pueden conciliar el sueño sin grandes dificultades, tienen un sueño muy ligero y se despiertan con frecuencia durante la noche. Esto es debido a que se produce una alteración en los patrones normales del sueño y los pacientes son incapaces de alcanzar las fases III y IV del sueño ortodoxo. Las investigaciones han demostrado que la perturbación del sueño profundo en esta fase altera muchas funciones críticas del cuerpo, como la producción de las sustancias químicas necesarias para reparar el tejido muscular, así como la percepción del dolor por parte de la persona. A menudo, estas personas se levantan sintiéndose cansadas, incluso después de haber dormido durante toda la noche. La fatiga resultante puede ir desde la apatía y la disminución de resistencia hasta el agotamiento. El nivel de fatiga experimentado puede variar de un día para otro.

¿QUÉ MEDIDAS SON ÚTILES PARA MEJORAR EL SUEÑO?

Las medidas que ayudan a conciliar el sueño, de forma general, son:

- Establecer un horario fijo de acostarse, para crear un hábito.
- Hacer ejercicio durante el día.
- Dormir en un sitio silencioso, oscuro y con buena temperatura ambiente.
- Buscar una cama y una ropa de dormir cómodas.
- Aprender técnicas de relajación puede ayudar en periodos de especial tensión (existen grabaciones y textos que lo hacen de forma sencilla y útil).
- Evitar bebidas estimulantes: café, te, colas. Pueden tomarse tisanas sedantes (tila, valeriana,...) o leche caliente antes de acostarse si ello facilita conciliar el sueño.
- No se debe ir con hambre a la cama, ni al poco de haber cenado.

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS?

Cuando un paciente acude al médico quejándose de un dolor musculoesquelético (por ejemplo un dolor en la columna vertebral, en un brazo o en la rodilla), el médico generalmente busca una causa de origen orgánico que justifique ese dolor. Sin embargo, es bastante frecuente que a pesar de las investigaciones más avanzadas y concienzudas, no se encuentra lesión alguna que expliquen el origen del problema. Son casos que no responden a los tratamientos convencionales con medicación, rehabilitación e incluso cirugía.

Cuando se investiga el perfil psicológico de estos pacientes, con frecuencia se observan alteraciones de la esfera afectiva como depresión, ansiedad, irritabilidad o estrés. Muchos pacientes refieren que el estado depresivo es consecuencia del tiempo prolongado que ha estado con dolor sin encontrar un alivio en algún tipo de tratamiento. Sin embargo, tras una cuidadosa historia clínica se pone de manifiesto que los síntomas depresivos eran previos a la aparición del dolor.

Independientemente de cual sea el origen de la enfermedad o de si se encuentra un motivo orgánico que la provoque, la vida de quien la padece se afecta, se deteriora la capacidad de concentración para estudiar, trabajar, establecer relaciones sociales y dormir adecuadamente. Los sentimientos de desesperanza y desamparo producen mucho estrés y llevan a la depresión y al aislamiento, lo que provoca también que la relación familiar se afecte y las demandas del enfermo lleguen a fatigar, enojar o desesperar a los familiares.

¿QUÉ SÍNTOMAS SUGIEREN QUE PUEDA EXISTIR UNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA?

Existen algunos síntomas referidos por el paciente que están más relacionados con el estrés del paciente que con una alteración orgánica. Estos síntomas no encajan muchas veces con la distribución anatómica que tienen los nervios o los músculos, alertando de una posible causa no orgánica. Entre estos síntomas pueden destacar la coxigodinia o el dolor en la rabadilla. Este tipo de dolor, cuando no ha existido traumatismo previo, suele ser debido a trastornos del comportamiento. El dolor o el hormigueo en toda la pierna, en forma de media o calcetín suele ser debido a factores no orgánicos ya que no se pueden explicar por ninguna distribución anatómica. Se debe sospechar una causa no orgánica en aquellos enfermos que muestran intolerancias frecuentes a los medicamentos o que suspenden habitualmente el medicamento por supuestos efectos secundarios. También son sospechosos aquellos enfermos que ingresan o acuden con gran frecuencia a las urgencias hospitalarias.

Muchos de estos síntomas están relacionados con problemas emocionales o de comportamiento, aunque en ocasiones se pueden encontrar en sujetos con un problema físico claro. El paciente se debe evaluar teniendo en cuenta la totalidad de los síntomas y nunca un enfermo debe ser catalogado como emocional hasta que no se haya descartado que existe una patología orgánica.

¿CÓMO SE PUEDEN TRATAR O MEJORAR ESTAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS?

En primer lugar se debe comprobar que no existe una causa orgánica que justifique el dolor. Para ello se deben hacer las exploraciones clínicas pertinentes y las exploraciones radiológicas que estén indicadas. No todos los dolores reales son debidos a lesiones en algún órgano, sino que en muchas ocasiones pueden ser debidos a trastornos en el sistema nervioso asociándose a estados depresivos o de ansiedad, pero que pueden ser tratados y mejorar. Suele ser beneficioso algo de rehabilitación. Es bueno empezar a trabajar y a realizar una vida lo más normal posible, al tiempo que se inicia un tratamiento farmacológico. Los antidepresivos son los fármacos de elección en estos casos. Generalmente se utilizan la amitriptilina o la imipramina. El insomnio suele responder rápidamente a esta medicación y el dolor lo hace de forma más lenta.