

Dirección, Comité de Redacción Científica, Fuentes consultadas ..... 3

## Expertos invitados

A - Enfoque de la maloclusión clase III esquelética grave mediante abordaje primario de cirugía ortognática: informe de caso  
*Kumar Amit, SIIC* ..... 4

## Informes seleccionados

### Reseñas destacadas

- 1 - Revisión Sistemática de los Medicamentos Recomendados por las Guías, Prescritos para el Tratamiento del Dolor Lumbar  
*Chiropractic & Manual Therapies 30(1):1-14, May 2022* ..... 8
- 2 - Dolor Neuropático Asociado con COVID-19: Una Revisión Sistemática de Informes de Caso  
*Current Pain and Headache Reports 1-9, Jun 2022* ..... 10
- 3 - Efecto de la Dexametasona Intravenosa sobre el Dolor Posquirúrgico en Pacientes Sometidos a Artroplastia Total de Rodilla: Revisión Sistemática y Metanálisis  
*Pain Physician 25(2):1-20, Mar 2022* ..... 11

### Originales destacados

- 4 - El Uso de Fármacos Adyuvantes para Bloqueos de Nervios Periféricos  
*Anesthesiology and Pain Medicine 11(3):1-10, Jul 2021* ..... 13
  - 5 - Enfermedades con Dolor Crónico Superpuestas en Pacientes con Enfermedades Reumáticas  
*ACR Open Rheumatology 1-7, Jul 2022* ..... 15
- Contacto directo ..... 17  
Autoevaluaciones de lectura, Respuestas correctas ..... 18





Sociedad Iberoamericana  
de Información Científica

**Rafael Bernal Castro**  
Presidente

**Rosa María Hermitte**  
Directora PEMC-SIIC

Colección  
**Temas Maestros**  
Serie  
**Dolor**

Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)



### Consejo Superior

Elías N. Abdala, Miguel Allevato, Sebastián A. Alvano, Pablo Bazerque, Daniela Bordalejo, Oscar Bruno, Carlos Camilo Castrillón, Juan C. Chachques, Luis A. Colombato (h), Sixto R. Costamagna, Carlos Crespo, Carlos Damin, Jorge Daruich, Eduardo de la Puente, Raúl A. De Los Santos, Blanca Diez, Ricardo Drut, Roberto Elizalde, Miguel Falasco (h), Germán Falke, Fernando R. Filippini Prieto, Pedro Forcada, Juan Gagliardi, María E. Gómez del Río, Alcides Greca, Vicente Gutiérrez Maxwell, Alfredo Hirschon Prado, Roberto Iérmoli, Miguel A. Largaña, Oscar Levalle, Daniel Lewi, Antonio Lorusso, Javier Lottersberger, Olindo Martino, Jorge Máspero, Marcelo Melero, José M. Méndez Ribas, José Milei, Alberto Monchablón Espinoza, Oscar Morelli, Amelia Musacchio de Zan, Angel Nadales, Carlos Nery Costa, Beatriz Oliveri, Domingo Palmero, Rodolfo S. Pasqualini, Ricardo Alfredo Pérez de la Hoz, Daniel L. Piskorz, Eduardo Pro, Guillermo Roccatagliata, Gonzalo Rubio, Graciela B. Salis, Oscar D. Salomón, Ariel Sánchez, Graciela Scagliotti, Elsa Segura, Norberto A. Terragno, Roberto Tozzini, Marcelo Trivi, José Vázquez, Juan C. Vergottini, Eduardo Vega, Alberto M. Woscoff, Roberto Yunes, Ezio Zuffardi.

SIIC, Consejo de Dirección:  
[www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com)

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la ley N° 11723. Los textos que en esta publicación se editan expresan la opinión de sus firmantes o de los autores que han redactado los artículos originales. Trabajos Distinguidos/Trabalhos Destacados y Temas Maestros son marcas y procedimientos internacionalmente registrados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin previa autorización por escrito de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).

  
Información adicional en  
[www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com)

### Dirección Científica

Dr. Belisario Segura

### Comité de Redacción Científica

Ignacio Agudelo

Ana Clara Bernal

Agustín Álvarez Dengra

Ricardo Cárdenas

Ignacio Ciccarelli

Diego Costa

Carina Elizalde

Iván Fernández Bessone

Julieta Finkelstein

Matías Kunst Michemberg

Néstor López

Daniel Martínez Rubio

Marcela Moris

Alejo Pérez de la Hoz

Graciela Rey

Gabriela Roces

Daniela Roisman

María del Pilar Villa Clavijo

Ezequiel Zaidel

César Zoni

## Colección Temas Maestros, serie Dolor

### Fuentes científicas consultadas

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina  
Acta Psychiatrica Scandinavica Actas Españolas de Psiquiatría  
Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines  
Agencia Sistema de Noticias Científicas (aSNC-SIIC)  
Alcmeon  
American Journal of Medicine  
American Journal of Psychiatry  
American Journal on Mental Retardation (AJMR)  
Annals of Internal Medicine  
Archives of General Psychiatry  
Archives of Internal Medicine  
Archives of Neurology  
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry  
British Journal of Psychiatry  
British Medical Journal (BMJ)  
Canadian Journal of Psychiatry  
Canadian Medical Association Journal (CMAJ)  
Chinese Medical Journal (CMJ)  
Clinical Neuropharmacology Clinical Psychology  
Clinical Psychology: Science and Practice  
Current Opinion in Neurobiology  
Current Opinion in Psychiatry Depression and Anxiety Drugs  
European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience  
European Neuropsychopharmacology General Hospital Psychiatry  
German Journal of Psychiatry  
International Clinical Psychopharmacology  
International Journal of Psychoanalysis  
International Psychogeriatrics  
Jornal Brasileiro de Psiquiatria  
Journal of Anxiety Disorders  
Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology  
Journal of Clinical Investigation  
Journal of Clinical Psychiatry  
Journal of Clinical Psychopharmacology  
Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology  
Journal of Internal Medicine  
Journal of Nervous and Mental Disease  
Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry  
Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences  
Journal of Pediatric Psychology  
Journal of Psychiatry and Neuroscience  
Journal of Psychopharmacology  
Journal of Sex Research  
Journal of Studies on Alcohol  
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry  
Journal of the American Medical Association (JAMA)  
Journal of the European College of Neuropsychopharmacology  
Journal of the Formosan Medical Association  
Journal of the Royal Society of Medicine (JRSM)  
Kaohsiung Journal of Medical Sciences Lancet  
Medical Journal of Australia Neurology  
New England Journal of Medicine (NEJM)  
Postgraduate Medical Journal Postgraduate Medicine  
Psiquis Psychiatric Annals  
Psychiatric Bulletin  
Psychiatric Rehabilitation Journal Psychiatry  
Psychiatry Research-Neuroimaging  
Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes  
Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice Psychosomatics  
QJM: An International Journal of Medicine  
Revista Argentina de Clínica Psicológica  
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría  
Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana  
Salud(i)Ciencia – SIIC  
Schizophrenia Bulletin Science & Medicine  
Scientific American Southern Medical Journal  
São Paulo Medical Journal  
Tohoku Journal of Experimental Medicine  
Trabajos Distinguidos de Clínica Médica  
Trabajos Distinguidos de Factores de Riesgo  
Trabajos Distinguidos de Salud Mental  
Trends in Neurosciences (TINS)

# Expertos invitados

<https://www.siicsalud.com/main/expinv.php>

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC propone escribir sin ataduras a renombrados médicos del mundo. Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los Expertos invitados aseguran documentación de calidad, en temas de importancia estratégica.

## A - Enfoque de la maloclusión clase III esquelética grave mediante abordaje primario de cirugía ortognática: informe de caso

### *Management of severe skeletal class III malocclusion by surgery-first orthognathic approach: a case report*

**Kumar Amit**

Subharti Dental College, Swami Vivekanand Subharti University, Meerut, UP, India

**Marcos Roberto Tovani-Palone**, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil

**Sridhar Premkumar**, Departamento de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial, Facultad de Odontología del Gobierno de Tamil Nadu, Chennai, Tamil Nadu, India

#### Abstract

Class III malocclusion is a relevant public health problem. The management of severe skeletal class III malocclusion in non-growing patients requires properly planned and well-executed orthognathic surgery by a team of at least an orthodontist and a maxillofacial surgeon. For these cases, there are two approaches to the surgery. One of them is the conventional three-stage method, which includes preoperative orthodontic treatment, orthognathic surgery, and postoperative orthodontic treatment. The other is the surgery-first orthognathic approach, which is performed without pre-surgical orthodontic treatment and should present some advantages compared to the conventional technique. However, at present, evidence on the management of class III malocclusion still needs to be expanded. In this paper, we present the management of a case of severe skeletal class III malocclusion by surgery-first orthodontic approach, based on the experience of the Tamil Nadu Government Dental College and Hospital, Chennai, India.

**Keywords:** malocclusion, Angle class III; corrective orthodontics, oral surgical procedures

#### Resumen

La maloclusión clase III es un problema de salud pública importante. El tratamiento de la maloclusión clase III esquelética grave en pacientes que no están en crecimiento, requiere una cirugía ortognática planificada de forma apropiada y bien ejecutada, por un equipo de al menos un ortodoncista y un cirujano maxilofacial. Para estos casos, existen dos enfoques para la cirugía: el método convencional de tres etapas, que incluye tratamiento de ortodoncia preoperatorio, cirugía ortognática y tratamiento de ortodoncia posoperatorio; y el abordaje primario de cirugía ortognática, que se realiza sin tratamiento de ortodoncia prequirúrgico y debe presentar algunas ventajas en comparación con la técnica convencional. Sin embargo, en la actualidad, las pruebas sobre el abordaje de la maloclusión clase III aún deben ampliarse. En este artículo, presentamos el abordaje de un caso de maloclusión clase III esquelética grave mediante el abordaje inicial con cirugía ortognática, basado en la experiencia del Hospital y Colegio Odontológico del Gobierno de Tamil Nadu, Chennai, India.

**Palabras clave:** maloclusión clase III de Angle, ortodoncia correctiva, procedimientos quirúrgicos orales

Acceda a este artículo en siicsalud

<https://www.siicsalud.com/dato/casiic.php/166992>



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

#### Introducción

La maloclusión clase III se caracteriza por el desplazamiento del arco dentario mandibular hacia adelante, desde el arco maxilar. Se puede clasificar en dos tipos: maloclusión clase III esquelética y pseudoclase III. La maloclusión clase III esquelética puede resultar de ambos trastornos, deficiencia maxilar y sobrecrecimiento mandibular, o de una combinación de deficiencia esquelética maxilar y prognatismo mandibular. Por otro lado, la

maloclusión pseudoclase III puede deberse a un contacto prematuro durante la trayectoria normal de cierre de la mandíbula, mordida cruzada habitual establecida o interferencias viscerales.<sup>1</sup> Las maloclusiones clase III también tienen una fuerte base genética, con una distribución global de aproximadamente el 6%.<sup>2</sup>

Cabe mencionar que el tratamiento eficaz de pacientes con anomalías clase III requiere que el perfil esquelético esté completamente establecido. Además, sus objetivos deben estar estrictamente definidos para evitar errores de tratamiento.<sup>3</sup>

En la actualidad, existen dos enfoques amplios para la corrección de la mala relación de la mandíbula en pacientes que no crecen con maloclusión clase III esquelética grave. Uno de estos es el método convencional de tres

etapas (CTM, por su sigla en inglés), que comprende los pasos de tratamiento de ortodoncia preoperatorio, cirugía ortognática y tratamiento de ortodoncia posoperatorio. Este enfoque todavía se considera un método estándar debido a su estabilidad y previsibilidad. Sin embargo, existen diversas desventajas relacionadas con el CTM, como el tiempo de tratamiento prolongado y la apariencia poco estética en el período de descompensación.<sup>4,5</sup>

El otro método es el abordaje primario de cirugía ortognática (SFOA, por su sigla en inglés), que fue propuesto de forma oficial por Nagasaka y col.<sup>6</sup> en 2009. Según este método, la cirugía ortognática para el prognatismo mandibular se realiza sin tratamiento de ortodoncia prequirúrgico. En este caso, el tratamiento de ortodoncia se lleva a cabo solo después de la cirugía. Diferentes estudios indican ventajas de este enfoque en comparación con el CTM, incluido el acortamiento de la duración general del tratamiento<sup>7</sup> y la mejora temprana de la estética facial.<sup>8</sup>

Dado que los datos actuales sobre el manejo de la maloclusión clase III aún necesitan ser ampliados,<sup>7</sup> describimos en este artículo el abordaje de un caso de maloclusión clase III esquelética grave mediante SFOA, basado en la experiencia del Hospital y Colegio Odontológico del Gobierno de Tamil Nadu, Chennai, India.

## Informe de un caso clínico

### Diagnóstico

Una paciente de 19 años se presentó en el Departamento de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial del Colegio y Hospital Dental del Gobierno de Tamil Nadu, Chennai, India, y consultó por presentar la mandíbula inferior colocada hacia adelante. La paciente no presentaba antecedentes prenatales, posnatales, médicos o dentales significativos. No hubo antecedentes de trauma, e incluso los antecedentes familiares fueron negativos para este trastorno.

El examen extraoral de la paciente reveló rostro leptoprosópico con asimetría facial. El tabique nasal estaba desviado hacia el lado derecho. El puente nasal estaba deprimido. La paciente presentaba, además, perfil cóncavo, divergencia anterior, ángulo nasolabial agudo, surco mentolabial poco profundo, mentón protruido y ángulo de Frankfort-plano mandibular (FMA, por su sigla en inglés) aumentado.

Después del examen funcional, encontramos que la paciente era una respiradora nasal sin problemas en la articulación temporomandibular. La trayectoria de cierre era hacia arriba y hacia adelante, y la mandíbula se desviaba hacia la izquierda en 2 a 3 mm durante la apertura máxima de la boca. La actividad de los músculos periorales fue normal y la exposición de los incisivos durante la sonrisa fue del 80%.

El examen intraoral de la paciente reveló inserciones gingivales y frenales normales. La lengua era de tamaño normal, pero estaba baja y en posición anterior. La paciente tenía un complemento completo de dientes presentes en ambos arcos (8 dientes permanentes erupcionaron en cada hemiarcada). El arco maxilar era ovoide y asimétrico, con múltiples dientes rotados y anormalmente inclinados. Había facetas de desgaste oclusal en

las puntas de las cúspides bucales de las piezas 16, 17 y 13. El arco mandibular era ancho, ovoide y asimétrico, con múltiples dientes rotados e inclinados anormalmente. Las facetas de desgaste oclusal estaban presentes en las puntas de las cúspides bucales del 46.

El examen entre arcadas demostró relación molar clase III bilateral de Angle, caninos e incisivos en relación clase III en ambos lados, con resalte inverso de 10 mm (resalte: -10 mm), mordida abierta anterior y mordida cruzada completa. La curva de Spee estaba dentro de los límites normales.

El análisis del modelo sugirió 2 mm y 4 mm de discrepancia de espacio en las arcadas dentales inferior y superior, respectivamente. No se requirió expansión del arco. El análisis de Bolton sugirió un exceso de material dentario mandibular anterior y mandibular total de 1.2 mm y 2.5 mm, respectivamente.

La evaluación radiográfica de la paciente reveló la ausencia de anomalía grave en la dentición (después del examen de ortopantomografía). Los resultados del análisis cefalométrico indicaron base esquelética clase III por maxilar ortognático y mandíbula prognática, con patrón de crecimiento vertical e incisivos superiores inclinados e inferiores retroinclinados.

El diagnóstico de la maloclusión que presentó la paciente fue maloclusión clase III de Angle, sobre base esquelética clase III atribuida a maxilar ortognático y mandíbula prognática, con patrón de crecimiento vertical, mentón protruido, incisivos superiores proclinalados, incisivos inferiores retroinclinados, resalte inverso, mordida cruzada completa, ángulo nasolabial agudo, labio inferior protruido y puente nasal deprimido.

### Planificación del tratamiento

Se planificó para la paciente un primer abordaje quirúrgico, seguido de un tratamiento de ortodoncia con un aparato Edgewise preajustado (prescripción MBT con *bracket* MBT ranura 0.022), junto con rinoplastia para el aumento del puente nasal.

Los objetivos del tratamiento incluían: corrección de la mala relación de la mandíbula esquelética (mediante cirugía); corrección de la mordida cruzada, el perfil y la incompetencia de labios; oclusión funcional óptima y buenos resultados estéticos.

### Progreso del tratamiento

El abordaje quirúrgico inicial fue planeado para la paciente debido a su marcada discrepancia esquelética, arcos dentales casi alineados y estética seriamente comprometida. En primer lugar, los objetivos del tratamiento quirúrgico se planificaron mediante el rastreo de predicciones teniendo en cuenta dos enfoques de la cirugía: 1) osteotomía sagital bilateral dividida (BSSO, por su sigla en inglés), con retroceso mandibular, y 2) cirugía bimaxilar con retroceso mandibular y avance maxilar. El primer abordaje requeriría un retroceso mandibular de 12 mm, que podría haber producido un resultado inestable, así como invasión importante en el espacio de la lengua. Por lo tanto, decidimos realizar un segundo abordaje con cirugía bimaxilar (Le-fort 1 con avance maxilar de 5 mm y BSSO con retroceso mandibular de 7 mm). Después de

un resultado satisfactorio del trazado de predicción, se realizó la transferencia del arco facial y la cirugía simulada. Se fabricaron férulas quirúrgicas para estabilizar los maxilares durante los procedimientos quirúrgicos en dos etapas de la cirugía bimaxilar. Se realizaron cirugías en ambos maxilares, es decir, BSSO con retroceso mandibular y osteotomía Le-Fort 1 con avance maxilar. La paciente y sus padres no dieron su consentimiento para la rinoplastia. Cuatro semanas después de la cirugía, la paciente informó a nuestro Departamento y se inició la fase de tratamiento de ortodoncia.

Se eligió el dispositivo Edgewise preajustado con prescripción de *brackets* MBT (ranura 0.022) y se realizó el cementado. Después de la alineación y nivelación inicial con alambres de 0.016 de NiTi y 0.016 de SS, se usaron alambres de diferentes etapas a intervalos de tiempo adecuados. Los alambres usados incluían 0.017 x 0.025 de NiTi, 0.017 x 0.025 de SS, 0.019 x 0.025 de NiTi y 0.019 x 0.025 de SS. Se emplearon elásticos clase III. Se realizó el asentamiento de la oclusión y se logró una intercuspidación adecuada y un buen paralelismo radicular.

El tratamiento se completó y los *brackets* se descentenaron después de casi 10 meses del tiempo total de tratamiento. La paciente tenía un perfil aceptable, y también se observó mejor apariencia estética con competencia labial. Sin embargo, su estética podría haber mejorado más si hubiera estado dispuesta a someterse a una rinoplastia. Otros resultados favorables, como oclusión dental óptima con relación molar clase I de Angle bilateralmente, caninos en relación clase I con resalte y entrecruzamiento adecuado se lograron al final del tratamiento. Finalmente, se le dio a la paciente un activador junto con una mentonera para la retención.

### Resultados del tratamiento

La duración del tratamiento fue de 10 meses. La oclusión dental clase I en bases de mandíbula esquelética clase I, con ANB: 1° se logró al final del tratamiento. También encontramos un leve aumento en el ángulo del plano mandibular en 2°, pero la mandíbula alcanzó una posición relativamente estable como se muestra por el valor del ángulo articular de 135°. Los incisivos maxilares y mandibulares se colocaron en la mejor posición posible y con una inclinación aceptable. También se obtuvo el paralelismo de raíces.

### Discusión

El tratamiento de ortodoncia es fundamental para numerosos pacientes. Entre sus objetivos se encuentra el logro de una adecuada oclusión, junto con un funcionamiento satisfactorio y saludable de la rutina fisiológica del sistema estomatognático, para una óptima estética facial, bucal y dental, lo que da como resultado estabilidad a largo plazo.<sup>9</sup> La maloclusión clase III esquelética se puede tratar de manera diferente en niños en crecimiento y en adultos que no están en crecimiento. Dado que existe una tendencia natural de compensación dentoalveolar por la discrepancia esquelética subyacente (dependiendo de la gravedad de la maloclusión), el tratamiento quirúrgico o de camuflaje son las opciones

disponibles para los pacientes que no están en crecimiento y que tienen maloclusión de clase III. Kerr y col.<sup>10</sup> desarrollaron diversos criterios cefalométricos e informaron que la cirugía debería realizarse en pacientes con un ángulo ANB < -4° y una relación maxilar/mandibular (M/M) de 0.84. Teniendo en cuenta que el ángulo ANB de la paciente en este informe de caso era -11°, se indicó la cirugía.

En nuestra paciente, las compensaciones dentales eran demasiado pequeñas en comparación con el grado de discrepancia esquelética, e individualmente las arcadas dentales estaban más o menos alineadas, lo que era una clara indicación de SFOA.<sup>11</sup> En este sentido, cabe señalar que investigaciones recientes han demostrado que, en comparación con el esquema tradicional, los protocolos de cirugía primero parecen reducir el tiempo total de tratamiento<sup>12</sup> y obtener una mejora inmediata del perfil facial o constricción de la vía aérea superior. Esto, a su vez, puede resultar en una buena satisfacción del paciente, mejor cooperación durante todo el tratamiento,<sup>11</sup> confianza en sí mismo<sup>13</sup> y aumento inmediato de la calidad de vida después de la cirugía.<sup>14</sup>

Observamos en el presente caso clínico que los resultados obtenidos corroboran los beneficios del SFOA que se han descrito en la bibliografía.<sup>11-14</sup> Se requirió muy poco esfuerzo para lograr una oclusión óptima, y la fase de ortodoncia se completó en un tiempo récord de 9 meses, con una duración total del tratamiento de solo 10 meses para nuestra paciente.

El tiempo total de tratamiento fue más corto que para el CTM, con una estabilidad posoperatoria similar de la mandíbula y el maxilar, movimientos quirúrgicos similares y otros resultados quirúrgicos.<sup>5</sup> La duración total del tratamiento de ortodoncia también fue más corta, lo que debería estar relacionado con una ortodoncia posoperatoria más eficaz y una resolución parcial de la compensación dentoalveolar después de la cirugía, lo que lleva a un tratamiento de ortodoncia menos complejo.<sup>15</sup>

Además, otro aspecto importante es que el movimiento dentario ortodóntico puede verse facilitado por el fenómeno de aceleración regional inducido de forma quirúrgica.<sup>11,15,16</sup> Este proceso corresponde a un evento fisiológico complejo que involucra recambio óseo acelerado y disminución de la densidad mineral regional.<sup>16</sup> Los beneficios inherentes a la cirugía primero han llevado a mayor uso del SFOA por parte de cirujanos y ortodontistas.

Pocos estudios sugieren que la cirugía ortognática se pueda realizar a los 16.5 años en los niños y a los 14.9 años en las niñas, dado que el crecimiento circumpuberal puede ser incompleto;<sup>17</sup> sin embargo, las posibilidades de crecimiento mandibular tardío no se pueden negar hasta la edad de 18 a 20 años. Por lo tanto, se recomendó la retención a largo plazo para nuestra paciente.

Finalmente, con base en la jerarquía de estabilidad de los procedimientos ortognáticos, la "cirugía de ambos maxilares" simultánea, con una fijación interna rígida, se considera más estable que el retroceso mandibular.<sup>18</sup> Además, según los resultados del estudio de Busby y col., la cirugía bimaxilar fue más estable más allá de los 2 años del posoperatorio que la cirugía de mandí-

bula única.<sup>19</sup> Ambas consideraciones fueron sumamente relevantes para la planificación quirúrgica del caso presentado.

## Conclusión

El SFOA es un nuevo paradigma de tratamiento para las deformidades dento-maxilofaciales. En ciertos casos, con una planificación precisa del tratamiento, como en el caso clínico presentado, se ha reconocido que el SFOA reduce de forma significativa el tiempo total de trata-

miento y logra altos niveles de satisfacción del paciente y del ortodoncista. Sin embargo, existen limitaciones relacionadas con este abordaje, particularmente en el crecimiento mandibular posterior. Por lo tanto, la cuidadosa selección de casos, el diagnóstico adecuado, la predicción y la simulación de la corrección con la configuración del modelo son esenciales para su eficacia. Además, un tratamiento bien planificado, oportuno y bien ejecutado debería conducir a los mejores resultados posibles en este contexto, por lo que debe tenerse en cuenta.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2022  
www.siicsalud.com

*Los autores no manifiestan conflictos de interés.*

### Cómo citar este artículo

Amit K, Premkumar S, Tovani-Palone MR. Enfoque de la maloclusión clase III esquelética grave mediante abordaje primario de cirugía ortognática: informe de caso. *Temas Maestros Dolor* 3(5):4-7, Sep 2022..

### How to cite this article

Amit K, Premkumar S, Tovani-Palone MR. Management of severe skeletal class III malocclusion by surgery-first orthognathic approach: a case report. *Temas Maestros Dolor* 3(5):4-7, Sep 2022.

### Autoevaluación del artículo

En la actualidad, existen dos enfoques amplios para la corrección de la mala relación de la mandíbula en pacientes que no crecen con maloclusión clase III esquelética grave. Uno de estos es el abordaje de cirugía ortognática primero.

**¿Con qué estaría asociada la eficacia del método de abordaje de cirugía ortognática primero (SFOA), para el tratamiento de la maloclusión clase III esquelética?**

A, La selección cuidadosa del caso; B, El diagnóstico adecuado; C, La planificación precisa; D, Todas las respuestas anteriores son correctas; E, Solo A y C son correctas.

Corrobore su respuesta en: [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/166992](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/166992)

### Conexiones temáticas

Los informes de Temas Maestros se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



### Bibliografía

- Gensior AM. The tongue and Class III. *Am J Orthod* 57(3):256-261, 1970.
- Alhammadi MS, Halboub E, Fayed MS, Labib A, El-Saaidi C. Global distribution of malocclusion traits: a systematic review. *Dental Press J Orthod*. 23(6):40.e1-40.e10.
- Ishii H, Morita S, Takeuchi Y, Nakamura S. Treatment effect of combined maxillary protraction and chin cap appliance in severe skeletal Class III cases. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 92(4):304-312, 1987.
- Proffit WR, Turvey TA, Phillips C. Orthognathic surgery: a hierarchy of stability. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 11(3):191-204, 1996.
- Yang L, Xiao YD, Liang YJ, Wang X, Li JY, Liao GQ. Does the surgery-first approach produce better outcomes in orthognathic surgery? A systematic review and meta-analysis. *J Oral Maxillofac Surg* 75(11):2422-2429, 2017.
- Nagasaka H, Sugawara J, Kawamura H, Nanda R. "Surgery first" skeletal Class III correction using the skeletal anchorage system. *J Clin Orthod* 43(2):97-105, 2009.
- Uribe FA, Farrell B. Surgery-first approach in the orthognathic patient. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*

- 32(1):89-103, 2020.
- Mahmood HT, Ahmed M, Fida M, Kamal AT, Fatima F. Concepts, protocol, variations, and current trends in surgery first orthognathic approach: a literature review. *Dental Press J Orthod* 23(3):36.e1-36.e6, 2018.
- Abu Alhajja ES, Richardson A. Growth prediction in class III patients using cluster and discriminant function analysis. *Eur J Orthod* 25(6):599-608, 2003.
- Kerr WJ, Miller S, Dawber JE. Class III malocclusion: surgery or orthodontics? *Br J Orthod* 19(1):21-24, 1992.
- Chng CK, Gandedkar NH, Liou EJW. Surgery-first orthognathic approach treatment protocol: orthodontic considerations. In: *Surgery-first orthodontic management*. Springer, Cham; 2019. Pp. 37-50.
- Jeong WS, Choi JW, Kim DY, Lee JY, Kwon SM. Can a surgery-first orthognathic approach reduce the total treatment time? *Int J Oral Maxillofac Surg* 46(4):473-482, 2017.
- Huang CS, Chen YR. Orthodontic principles and guidelines for the surgery-first approach to orthognathic surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 44(12):1457-1462, 2015.
- Pelo S, Gasparini G, Garagiola U, Cordaro M, Di Nardo F, Staderini E, et al. Surgery-first orthognathic

approach vs traditional orthognathic approach: oral health-related quality of life assessed with 2 questionnaires. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 152(2):250-254, 2017.

- Kim JY, Jung HD, Kim SY, Park HS, Jung YS. Postoperative stability for surgery-first approach using intraoral vertical ramus osteotomy: 12-month follow-up. *Br J Oral Maxillofac Surg* 52(6):539-544, 2014.
- Liou EJ, Chen PH, Wang YC, Yu CC, Huang CS, Chen YR. Surgery-first accelerated orthognathic surgery: postoperative rapid orthodontic tooth movement. *J Oral Maxillofac Surg* 69(3):781-785, 2011.
- Weaver N, Glover K, Major P, Varnhagen C, Grace M. Age limitation on provision of orthopedic therapy and orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 113(2):156-164, 1998.
- Proffit WR, Turvey TA, Phillips C. The hierarchy of stability and predictability in orthognathic surgery with rigid fixation: an update and extension. *Head Face Med* 3:21, 2007.
- Busby BR, Bailey LJ, Proffit WR, Phillips C, White RP Jr. Long-term stability of surgical class III treatment: a study of 5-year postsurgical results. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 17(3):159-170, 2002.

# Informes seleccionados

## Reseñas destacadas

Esta sección se compone de revisiones médicas estrechamente relacionadas con el ejercicio de la profesión. Los resúmenes SIIC de Reseñas destacadas tienen una extensión promedio de dos páginas.

### 1 - Revisión Sistemática de los Medicamentos Recomendados por las Guías, Prescritos para el Tratamiento del Dolor Lumbar

Price M, Cupler Z, Daniels C y colaboradores

VA Puget Sound Health Care System, Seattle; Butler VA Health Care System, Butler; VA Puget Sound Health Care System, Tacoma, EE.UU.

[Systematic Review of Guideline-recommended Medications Prescribed for Treatment of Low Back Pain]

**Chiropractic & Manual Therapies** 30(1):1-14, May 2022

*Los antiinflamatorios no esteroides son los medicamentos recomendados con más frecuencia por las guías como terapia farmacológica de primera línea del dolor lumbar agudo y crónico.*

El dolor lumbar (DL) es una afección prevalente que se suele tratar con antiinflamatorios no esteroides (AINE), paracetamol y opioides. Las directrices también fomentan la educación del paciente, el mantenimiento de la actividad física y las terapias manuales, como medidas no farmacológicas para el abordaje del DL. Los pacientes suelen tomar más de un medicamento para aliviar el DL. Esto destaca la importancia de que los profesionales de la salud estén familiarizados con las guías para el abordaje farmacéutico del DL, que están en constante evolución y actualización.

El propósito de la presente investigación fue analizar y resumir los fármacos recomendados por las guías de práctica clínica (GPC) para el abordaje del DL inespecífico.

#### Métodos

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Index to Chiropractic Literature*, *Allied and Complementary Medicine Database*, *Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature* y *Physiotherapy Evidence Database*, en noviembre de 2020. Se incluyeron GPC para el tratamiento farmacológico del DL, publicadas entre 2015 y 2020 en idioma inglés. Se evaluó la calidad metodológica de las GPC y la fuerza de las recomendaciones. El riesgo de sesgo se calculó con la herramienta *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE) II.


#### Resultados

Se incluyeron un total de 9 GPC. La media del puntaje global del AGREE II fue del 89.3%. Ocho GPC

se calificaron como de calidad alta. Se describieron 10 clasificaciones de medicamentos: paracetamol, antibióticos, anticonvulsivos, antidepresivos, benzodiazepinas, AINE, opioides, corticoides orales, relajantes del músculo esquelético (RME) y opioides atípicos.

Los AINE fueron los medicamentos recomendados con mayor frecuencia (8/9 GPC). Seis GPC no recomendaron ningún AINE específico. Los AINE se recomendaron como primera opción farmacológica para el DL agudo en una GPC, y como primera opción para el DL crónico en dos GPC. Después del paracetamol, los AINE se recomendaron como medicación de segunda elección para el DL agudo y crónico en una GPC. Cinco GPC recomendaron AINE para el DL agudo, mientras que cuatro GPC los recomendaron para el DL crónico. Cuando se discutió de forma específica, la dosis de ibuprofeno varió de 1200 a 1800 mg por día a 2400 mg por día, con un máximo de 3200 mg por día. Dos GPC recomendaron que los AINE deben tomarse a la dosis eficaz más baja durante el menor tiempo posible. Además, otras tres GPC admitían solo el uso a corto plazo. Una GPC tenía una recomendación débil contra los AINE para el DL agudo, indicando que no tienen efecto a corto plazo. Los efectos secundarios discutidos incluyeron problemas gastrointestinales, cardiovasculares, renales y hepáticos. Se indicó que los adultos mayores de 45 años deben utilizar protección gástrica cuando toman AINE.

Los RME fueron revisados por siete GPC. La ciclobenzaprina y la tizanidina fueron los RME más discutidos. Una GPC indicó que 10 a 30 mg por día de ciclobenzaprina demostraron el mayor beneficio dentro de una semana, en presencia de DL agudo o brote de DL crónico con espasmo muscular. Cinco GPC recomendaron RME para el DL agudo, de estas, una los recomendó como terapia farmacológica de primera línea, y dos señalaron que solo deben considerarse si el paciente no responde a los AINE y al paracetamol. Dos GPC no recomendaron el uso de RME para el DL, mientras que una GPC no los recomendó para el DL crónico en ausencia de exacerbaciones episódicas. En caso de usar RME, solo debe ser por un período corto (menos de 2 semanas). Dos GPC informaron mayor incidencia de eventos adversos en pacientes con DL tratados con RME, en comparación con placebo. Los daños potenciales descritos incluyeron sedación, somnolencia, potencial de abuso, sequedad de boca, dificultad para conducir, náuseas, mareos y dolor de cabeza. Se comentó que la presencia de ansiedad no justifica el uso de RME.

 Información adicional en [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

Las 9 GPC discutieron los opioides para el DL. Cinco GPC consideraron los opioides como un tratamiento potencial para el DL agudo, pero indicaron que deben, utilizarse solo a corto plazo y en presencia de enfermedad grave y dolor intenso que no responda a otros tratamientos farmacológicos. Se sugiere probar opioides débiles antes de considerar opioides fuertes. Una guía destacó el uso de opioides de acción prolongada para el DL crónico en lugar de opioides de acción corta, y otras recomendaron ensayos iniciales de opioides que no excedan los 3 días o que oscilen entre 1 y 14 días. Dos directrices indicaron que no existen pruebas suficientes para usar estos agentes en el DL agudo, y tres recomendaron no usar opioides. Dos GPC informaron que no hay pruebas sólidas para el uso a largo plazo de opioides para el DL crónico. Los posibles efectos secundarios de los opioides incluían náuseas, mareos, dolor de cabeza, somnolencia, estreñimiento, boca seca, hiperalgesia inducida por opioides, cambios endocrinológicos y tolerancia.

Entre los opioides atípicos, tres GPC separaron específicamente el tramadol de los opioides en sus recomendaciones. Dos GPC recomendaron la utilización de tramadol para el DL crónico, una como segunda opción y otra como cuarta opción. Se aconsejó precaución al prescribir tramadol además de un antidepresivo tricíclico o un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, con la sugerencia de titular lentamente hasta un máximo de 400 mg por día. Los efectos secundarios potenciales enumerados fueron mareos, somnolencia, astenia, molestias gastrointestinales y riesgo de hipoglucemia.

Ocho GPC revisaron el paracetamol para el DL. Tres guías recomendaron el paracetamol como una opción para el DL, una como primera opción para el DL agudo y crónico, otra como tratamiento de primera línea para el DL crónico y la última como opción para el DL agudo y subagudo, con asesoramiento simultáneo sobre los efectos secundarios. Cuatro directrices desaconsejaron el uso de paracetamol para el DL. El paracetamol puede estar clínicamente indicado para el alivio del DL cuando los AINE y los opioides no son apropiados. Una GPC recomendaba 3000 mg al día como máximo, y otra sugería tomar entre 2000 y 4000 mg al día. Las posibles contraindicaciones y daños del paracetamol incluyeron enfermedades hepáticas con el uso a largo plazo, pero estas se consideraron pequeñas o insignificantes.

Seis GPC evaluaron anticonvulsivos. Ninguna de estas recomienda anticonvulsivos para el DL agudo o crónico. Una guía recomendó no prescribir anticonvulsivos en ausencia de un componente de dolor neuropático. Los efectos secundarios de estos agentes fueron fatiga; boca seca; pérdida del equilibrio; dificultad para la concentración mental, la memoria y la acomodación visual, y potencial de abuso y dependencia.

Los antidepresivos para el DL se evaluaron en 7 GPC. La duloxetina y la amitriptilina fueron los antidepresivos discutidos con mayor frecuencia. Para el DL agudo, dos GPC informaron falta de pruebas para hacer una recomendación y una desaconsejó el uso de antidepresivos. Para el DL crónico, tres GPC dieron

una recomendación débil a favor de la duloxetina como opción farmacológica de segunda línea, y uno recomendó los antidepresivos tricíclicos como opción farmacológica de tercera línea para el DL crónico. Una GPC recomendó considerar antidepresivos cuando la depresión o la ansiedad concomitantes están presentes con el DL crónico. Otras tres GPC no recomendaron el uso rutinario de antidepresivos en ningún caso de DL. Se informó preocupación por los daños clínicos potenciales de los antidepresivos con contraindicaciones de anomalías cardíacas preexistentes y glaucoma, y efectos secundarios como somnolencia y efectos anticolinérgicos.

Las cuatro GPC que revisaron las benzodiazepinas recomendaron no usar estos agentes para el DL. Una GPC señalaba una afección grave como la única indicación para prescribir benzodiazepinas para el DL agudo, y otra proponía un ciclo corto de benzodiazepinas si el paracetamol o los AINE no lograban controlar el DL agudo.

Seis GPC consideraron los corticoides orales, y ninguno los recomendó para el tratamiento del DL. Los efectos secundarios discutidos fueron osteonecrosis, cambios de humor, ansiedad, visión borrosa, entumecimiento u hormigueo en los brazos o piernas, hinchazón de las extremidades, insomnio, cambios en el apetito, aumento de la sudoración, acné, nerviosismo, dolor en las articulaciones, dolor de cabeza e indigestión.

Tres GPC revisaron los antibióticos orales y ninguno los recomendó para el DL.

## Discusión y conclusión

Los resultados del presente estudio destacan la amplia variabilidad de recomendaciones que existe entre las GPC para el DL inespecífico, tanto agudo como crónico. Los AINE son los medicamentos respaldados con mayor frecuencia para el tratamiento del DL agudo y crónico como terapia farmacológica de primera línea. Con menos consenso, el paracetamol y los antidepresivos se proponen como terapias de segunda elección para el DL crónico. Si bien casi todas las guías incluidas recomendaban tratamientos no farmacológicos para el DL inespecífico, no siempre se delineó cómo preceder o usarse junto con la intervención farmacológica.

El desacuerdo entre las recomendaciones de las GPC para el DL se debería a la falta de pruebas de calidad alta. Las recomendaciones se basaron en los criterios clínicos de los expertos, el equilibrio riesgo-beneficio y las consideraciones de rentabilidad y viabilidad. Esto aumenta la posibilidad de un sesgo de interpretación. Para el paracetamol, la falta de pruebas clínicas de calidad alta y la variabilidad en las recomendaciones requiere evaluar los métodos y las citas incluidas entre las GPC. Las recomendaciones para el tramadol son difíciles de interpretar ya que se agrupa con todos los medicamentos opioides. De acuerdo con las GPC de los últimos 5 años, se necesita investigación adicional sobre la duloxetina, el tramadol y los RME, en particular, cuando se considera el DL crónico. Los



autores del presente estudio indican que la prescripción de fármacos debe combinarse con educación, estímulo para el movimiento e intervenciones de atención no farmacológicas recomendadas, y no depender del medicamento en sí mismo para producir un beneficio clínicamente significativo para el paciente.

Los AINE se recomiendan como medicación de primera línea para controlar el DL agudo y crónico. No se recomiendan antibióticos, anticonvulsivos, benzodiazepinas o corticoides orales para el DL. Existen discrepancias entre las GPC en las recomendaciones de antidepresivos, paracetamol, opioides (incluido el tramadol) y RME para controlar el DL.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/171187](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/171187)

## 2 - Dolor Neuropático Asociado con COVID-19: Una Revisión Sistemática de Informes de Caso

Joshi D, Gyanpuri V, Dhiman N y colaboradores

Banaras Hindu University, Varanasi, India

[*Neuropathic Pain Associated with COVID-19: a Systematic Review of Case Reports*]

**Current Pain and Headache Reports** 1-9, Jun 2022

*Los coronavirus pueden provocar dolor neuropático, tanto de forma directa como indirecta. Esto podría deberse tanto a la infección de los nervios periféricos como a las internaciones prolongadas, o a ambas situaciones.*

El dolor neuropático es el dolor provocado por cualquier trastorno del sistema nervioso somatosensorial. Existen numerosos mecanismos, características clínicas y etiológicas de la lesión que se asocian con esta categoría amplia de dolor. El más conocido es el dolor no nociceptivo, y es el término aceptado para definir el dolor neuropático, dado que no existe un estímulo doloroso presente.

El dolor neuropático puede generar perturbaciones para el paciente y efectos crónicos, de no ser tratado a tiempo. Las sensaciones pueden ser diversas (quemante, punzante, entre otras) y, además, puede haber hiperalgesia y alodinia.

Las infecciones virales pueden provocar dolor neuropático. La neuropatía periférica puede ser causada por mecanismos asociados con el sistema inmunitario y no por enfermedades del nervio. En este caso particular, la inflamación de los nervios periféricos y los ganglios causan el dolor; esto puede ser provocado por herpes zóster, virus de Epstein-Barr, enterovirus, VIH y citomegalovirus. Se ha documentado dolor neuropático en pacientes con el virus SARS de 2003.

Las infecciones virales pueden dañar el sistema nervioso periférico al activar el sistema inmunitario de forma secundaria. Por otro lado, la infección con el SARS-CoV-2 genera un compromiso inmunológico que provoca una respuesta posterior a la infección antes mencionada. Se han documentado casos de síndrome de Guillain-Barre asociados con este virus en China y Europa.

Esta revisión buscó conocer los casos de pacientes con dolor neuropático generado en torno a la infección por COVID-19.

### Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de información médica más reconocidas, entre los meses de enero de 2020 y julio de 2021, con palabras clave relacionadas con la pandemia de COVID-19 y el dolor neuropático. Se incorporaron solo publicaciones en inglés sobre dolor relacionado con manifestaciones neurológicas asociadas con la infección por SARS-CoV-2.

Dos revisores independientes evaluaron los artículos y extrajeron los datos de acuerdo con el año de publicación, el tipo de estudio y las características clínicas, como comienzo de la enfermedad, signos y síntomas, gravedad del dolor y conclusiones.

### Resultados

Se evaluaron 3 informes de caso de Estados Unidos y un estudio de cada uno de los siguientes países: Reino Unido, España, China, Alemania e Italia. Los pacientes tenían entre 40 y 70 años, 5 eran hombres y 3 eran mujeres; todos ellos fueron diagnosticados con COVID-19 con análisis de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR).

El dolor neuropático comenzó entre 4 y 45 días luego de los síntomas y el diagnóstico en 4 pacientes, pero otros 4 sujetos tuvieron un inicio de dolor entre los días 3 y 15 previos al diagnóstico. Se informaron dos casos de herpes zóster, uno con dolor intenso quemante, otro con neuralgia trigeminal, uno con plexopatía braquial, uno con dolor quemante de neuropatía de fibras pequeñas y dos con neuralgia amiotrófica. Tres pacientes (1 con dolor quemante, dos con herpes zóster) no tuvieron ninguna evaluación posterior. Se emplearon como fármacos de elección gabapentina, oxicodona, paracetamol, amitriptilina, nortriptilina, pregabalina y diazepam, para el control de los síntomas neuropáticos en pacientes con dolor neuropático, dolor quemante intenso, plexopatía braquial, polineuropatía de fibras pequeñas, neuralgia amiotrófica y neuralgia trigeminal. Por otro lado, se emplearon como agentes aliviadores del dolor tramadol, ibuprofeno, terapia infrarroja y lidocaína tópica. Los pacientes con neuralgia posherpética y herpes zóster recibieron aciclovir.

El paciente con plexopatía braquial tuvo debilidad extrema en el brazo izquierdo y dolor neuropático en la mano y el brazo. Un paciente tuvo dolor quemante intenso en el cuello. Los enfermos con herpes zóster y neuralgia posherpética tuvieron picazón en la cintura y pápulas en la cara, con sensación quemante y dolor intenso. El paciente con neuralgia trigeminal sintió un dolor intenso en el lado izquierdo de la cara a raíz de un contacto leve. El enfermo con dolor neuropático por polineuropatía de fibras pequeñas tuvo sensación quemante en todo el cuerpo, seguido por entumecimiento y dolor quemante en pies y manos. Los pacientes con neuralgia amiotrófica

tuvieron dolor constante intenso en el brazo izquierdo, seguido por parestesia y debilidad progresiva, y dolor en el brazo izquierdo seguido por parestesia y disestesias con debilidad motora.

En todos los casos se observó una mejora gradual de los síntomas.

## Discusión

El dolor neuropático es el dolor que se debe a disfunciones del sistema nervioso central o periférico, sin estimulación nociceptiva. El inconveniente principal de este cuadro se debe al procesamiento anormal de la percepción, y es frecuente en enfermedades neurológicas, mientras que el dolor nociceptivo es una respuesta fisiológica al dolor tisular.

El dolor neuropático, a diferencia del dolor neurogénico, no involucra trastornos transitorios del sistema nervioso y produce dolor prolongado.

Los coronavirus pueden provocar dolor neuropático, tanto de forma directa como indirecta. La infección celular por SARS-CoV-2 provoca la liberación de factor de necrosis tumoral alfa, que genera una tormenta de citoquinas. Se ha informado pérdida de olfato y gusto, daño visual y dolor neuropático entre los síntomas neurológicos más frecuentes. Esto podría deberse tanto a la infección de los nervios periféricos como a las internaciones prolongadas, o a ambas situaciones.

Es importante tener en cuenta los signos de incomodidad de los pacientes con COVID-19; esta es la primera revisión sistemática que encara el estudio de casos de dolor neuropático debido a un trastorno neurológico subyacente durante una infección por SARS-CoV-2.

Si bien hubo numerosos casos informados con consecuencias neurológicas de la COVID-19, solo se tuvieron en cuenta aquellos con dolor como síntoma principal. Se han realizado otras revisiones sobre síntomas, manifestaciones, complicaciones y comorbilidades posteriores a la COVID-19 en estos últimos dos años. Una de ellas describió síndromes a largo plazo de dolor, como dolor testicular, dolor de cabeza, dolor crónico y dolor pectoral. El primer estudio publicado sobre esta temática señaló que los síntomas neurológicos fueron más prevalentes en pacientes con enfermedad grave, caracterizada por síntomas respiratorios, y que los síntomas neurológicos más importantes fueron dolor de cabeza, insomnio y mialgia. Otros síntomas menos frecuentes fueron convulsiones, accidente cerebrovascular, síndrome de Miller-Fisher, encefalitis y síndrome de Guillain-Barre.

Este último síndrome fue considerado en otros trabajos, pero no en este caso, dado que, como se mencionó anteriormente, se puso el foco en el dolor como síntoma principal.

El dolor neuropático es muy poco informado. Los mecanismos de la invasión viral al sistema nervioso en el caso de la plexopatía braquial serían la formación de microtrombos debido al estado de hipercoagulabilidad producido por el virus, que, a su vez, provocan infartos nerviosos en los nervios del plexo braquial. La respuesta inmune mediada por células de tipo T está disminuida

por enfermedades que provocan inmunosupresión, como el caso de la COVID-19. Esto causa reactivaciones de infecciones latentes, como la varicela zóster, lo que genera herpes zóster. Además, la infección a tipos celulares como el epitelio, las células dendríticas y las células mononucleares en los estadios tempranos, aumenta la producción de citoquinas y quimioquinas. Por otro lado, la transmisión viral es facilitada por la producción poco adecuada de interferones.

El daño nervioso debido a la liberación de citoquinas proinflamatorias y otros mediadores podría ser la razón del dolor intenso y quemante. Existe un mecanismo directo entre el dolor de cabeza asociado con la COVID-19 y la generación de dolor facial debido a la invasión y diseminación del virus en el sistema nervioso central, que ocurre con la infección local de las terminales nerviosas trigeminales de la cavidad nasal. Una estimulación indirecta del sistema vascular trigeminal, en respuesta a una tormenta de citoquinas con aumento en los indicadores inflamatorios sistémicos, también ha sido propuesta.

La neuropatía de fibras pequeñas se debería al daño sobre pequeñas fibras somáticas o autonómicas, mientras que la neuralgia amiotrófica se debería por una infección directa del plexo braquial o una respuesta autoinmune posterior a la infección por SARS-CoV-2.

## Conclusión

En esta revisión se realizó un análisis de casos de dolor neuropático surgidos de forma posterior a la infección por COVID-19. Si bien la cantidad de casos es escasa, existen muchas revisiones que discuten la expresión neurológica de este y otros coronavirus. Los médicos e investigadores deben tener en cuenta los síntomas neuropáticos, y dirigir los diagnósticos y el tratamiento de manera adecuada.



Información adicional en  
[www.sicisalud.com/dato/resiic.php/171208](http://www.sicisalud.com/dato/resiic.php/171208)

### 3 - Efecto de la Dexametasona Intravenosa sobre el Dolor Posquirúrgico en Pacientes Sometidos a Artroplastia Total de Rodilla: Revisión Sistemática y Metaanálisis

Liang S, Xing M, Jiang S, Zou W

Central South University, Hunan, China

[Effect of Intravenous Dexamethasone on Postoperative Pain in Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis

Pain Physician 25(2):1-20, Mar 2022

*El agregado perioperatorio de dexametasona por vía intravenosa a la analgesia multimodal en pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla se asocia con reducción del dolor posoperatorio, del consumo de opioides y de la duración de la internación.*

La artroplastia total de rodilla (ATR) es un tratamiento eficaz para la artrosis avanzada y otras enfermedades de la rodilla. Las ATR son cada vez más frecuentes y se estima que la frecuencia continuará en aumento.

Sin embargo, el abordaje correcto del dolor en la ATR sigue siendo un desafío clínico sustancial; de hecho, los pacientes suelen referir dolor importante luego de la intervención, como consecuencia de la resección ósea y del daño de los tejidos blandos. En este contexto se investigan permanentemente nuevos protocolos de analgesia, uno de los cuales consiste en el agregado de esteroides a la analgesia multimodal, debido a las propiedades antiinflamatorias de estos agentes, posiblemente asociadas con beneficios sobre la fatiga, el dolor y la recuperación posquirúrgica.

La dexametasona es un corticoide de potencia elevada y de acción prolongada, asociada con menos efectos mineralocorticoides en comparación con otros esteroides. La dexametasona es ampliamente utilizada para evitar las náuseas y los vómitos en el período posoperatorio. Los resultados de dos metanálisis sugirieron que la administración de una única dosis de dexametasona por vía intravenosa sería útil para reducir el dolor posoperatorio y el consumo de opioides después de la cirugía; sin embargo, en los estudios analizados no se incluyeron pacientes sometidos a ATR.

En una guía reciente para el abordaje de pacientes sometidos a artroplastia total de cadera se recomienda la administración intraoperatoria de dexametasona por vía intravenosa, en dosis de entre 8 y 10 mg, por sus efectos analgésicos y antieméticos. Con estos antecedentes, el objetivo de la presente revisión sistemática con metanálisis fue determinar los efectos de la administración intraoperatoria de dexametasona intravenosa sobre el dolor posquirúrgico, en pacientes sometidos a ATR.

## Métodos

Para la presente revisión se siguieron las pautas *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) y del *Cochrane Handbook*. Los artículos, publicados hasta agosto de 2021, se identificaron mediante búsquedas en la *Web of Science*, Embase, PubMed, y el *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL); también se realizaron búsquedas en *ClinicalTrials.gov*.

Se seleccionaron estudios clínicos controlados y aleatorizados realizados con adultos sometidos a ATR primaria unilateral, en los cuales se compararon los efectos analgésicos de la administración perioperatoria de dexametasona intravenosa de manera aislada o en combinación con otros fármacos, respecto de placebo o solución salina. Los estudios debían aportar información acerca de los siguientes criterios de valoración: puntajes de dolor, consumo de opioides, número de pacientes con necesidad de analgesia de rescate luego de la cirugía, duración de la internación, y efectos adversos relacionados con el uso de dexametasona, como infecciones, hemorragia gastrointestinal, hiperglucemia, trastornos en la cicatrización de la herida quirúrgica

y prurito perineal. Se tuvieron en cuenta el año de publicación, el número de pacientes, el tipo de anestesia, la dosis de dexametasona, el momento de su administración, el período de seguimiento, el criterio principal de valoración del estudio y otras variables de evolución clínica.

El criterio principal de valoración fue el puntaje en la escala visual analógica de dolor posoperatorio; el consumo posoperatorio de opioides, en equivalentes de morfina intravenosa, el número de pacientes con necesidad de analgesia de rescate luego de la cirugía, la duración de la internación, y los efectos adversos fueron criterios secundarios de valoración. La certeza de la evidencia se determinó con el sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE).

## Resultados

Un total de 11 estudios con 1671 pacientes reunieron los criterios de inclusión. Los resultados globales mostraron que los pacientes que recibieron tratamiento perioperatorio con dexametasona tuvieron puntajes más bajos de dolor en reposo (24 horas, diferencia promedio [DP] = -0.68, intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: -0.87 a -0.49; 48 horas, DP = -0.33, IC 95%: -0.46 a -0.21) y con el movimiento (24 horas, DP = -0.74, IC 95%: -1.10 a -0.37; 48 horas, DP = -0.46, IC 95%: -0.66 a -0.26), requirieron menos morfina luego de la intervención (24 horas, DP = -2.84 mg, IC 95%: -5.13 a -0.54; 48 horas, DP = -4.16 mg, IC 95%: -5.55 a -2.78) y necesitaron menos analgesia de rescate; la internación fue más breve en los pacientes tratados con dexametasona.

El tratamiento con dexametasona no aumentó el riesgo de efectos adversos. El análisis por subgrupos no reveló diferencias entre los sujetos tratados con una dosis única o con dosis repetidas. El tamaño reducido de las muestras para algunas variables de valoración y la heterogeneidad alta entre los estudios fueron algunas limitaciones del estudio.

## Conclusión

Los resultados de la presente revisión sistemática con metanálisis avalan el agregado perioperatorio de dexametasona por vía intravenosa a la analgesia multimodal en pacientes sometidos a ATR, en términos de la reducción del dolor posoperatorio, el consumo de opioides y la duración de la internación. En cambio, la evidencia disponible hasta ahora no avala la superioridad de dosis repetidas de dexametasona, respecto de una única dosis, de modo que se recomienda la administración de una dosis intravenosa de dexametasona de entre 8 y 10 mg.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/170299](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/170299)

## Originales destacados

Los resúmenes de la sección Originales destacados corresponden a estudios publicados en prestigiosas revistas internacionales, clínicas o especializadas. La extensión promedio de cada trabajo de esta sección es de una página.

### 4 - El Uso de Fármacos Adyuvantes para Bloqueos de Nervios Periféricos

Edinoff A, Houk G, Kaye A y colaboradores

**Anesthesiology and Pain Medicine** 11(3):1-10, Jul 2021

El uso de opioides provoca numerosos efectos adversos y complicaciones que plantean la necesidad de alternativas eficaces y más seguras para abordar el dolor posoperatorio y el dolor crónico. Una solución prometedora es el uso de bloqueos de nervios periféricos (BNP) para aliviar el dolor en sitios específicos. Estos se usan junto con fármacos adyuvantes para prolongar la duración de la acción y reducir los efectos adversos dependientes de la dosis de los anestésicos locales. En lugar de los BNP continuos, se prefiere el BNP de una sola inyección con fármacos adyuvantes, como los agonistas alfa-2, la dexametasona, el midazolam y los fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE). Sin embargo, los efectos dependientes de la dosis de los anestésicos locales no se eliminan con el uso de fármacos adyuvantes. Además, los fármacos adyuvantes pueden tener efectos neurotóxicos dependientes de la dosis. Los BNP de una sola inyección son una opción adecuada para los pacientes con mayor riesgo de depresión respiratoria, adicción a los opioides, náuseas y vómitos inducidos por los opioides o que no responden a los medicamentos orales.

El objetivo de la presente investigación fue analizar el papel de los agonistas alfa-2, la dexametasona, el midazolam y los AINE como fármacos adyuvantes en el BNP.

La clonidina es un agonista alfa-2-adrenérgico que bloquea la conducción de las fibras del dolor y prolonga la duración de la acción del anestésico local. Tiene más efectos sensoriales que motores, y por vasoconstricción retrasa la eliminación del anestésico local y potencia su acción. Se ha informado que 30 a 300 µg de clonidina utilizada como adyuvante en el BNP, prolonga la duración de la analgesia posoperatoria en aproximadamente 2 horas; asimismo, la ganancia relativa es mayor con los anestésicos locales de acción intermedia que con los anestésicos locales de acción prolongada. Los bloqueos motores y sensoriales se prolongan 2.5 horas y 1.25 horas, respectivamente. Se recomienda una dosis controlada de 0.5 µg/kg hasta un máximo de 150 µg para prevenir la bradicardia, la hipotensión arterial y ortostática, la sedación, la hipertensión de rebote y el síncope, pero aún no se ha determinado la dosis óptima de clonidina perineural. La seguridad de este agente para uso en el BNP se considera "exenta" y generalmente aceptada en anestesia.

La dexmedetomidina es un agonista alfa-2 que tiene propiedades sedantes, ansiolíticas y analgésicas. Además, presenta una selectividad alfa-2 ocho veces mayor que la clonidina y un perfil de efectos secundarios más seguro. La dexmedetomidina bloquea las corrientes de cationes  $I_h$  activadas por hiperpolarización y causa vasoconstricción para una analgesia prolongada. Sería necesario un análisis de riesgo-beneficio adecuado, especialmente en pacientes con riesgo de bradicardia y de hipotensión, antes de que se use de forma más generalizada la dexmedetomidina en el BNP. Tanto la clonidina como la dexmedetomidina deben usarse con precaución, ya que, en dosis altas pueden causar hipotensión y bradicardia. Sin embargo, estos dos agonistas alfa-2 podrían ser útiles en los regímenes de analgesia perineural multimodal.

La dexametasona se ha utilizado dosis de 1, 2, 4 y 8 mg como coadyuvante en bloqueos interescales, supraclaviculares, de tobillo y de plexo braquial. Se desconoce el mecanismo de acción específico de la dexametasona como adyuvante en el BNP. Sin embargo, se ha demostrado que prolonga el bloqueo sensorial y disminuye el consumo posoperatorio de opioides. Una revisión indicó que la dexametasona perineural es superior a la dexametasona intravenosa para prolongar la duración de un bloqueo espinal, pero Zhao determinó que la dexametasona perineural puede prolongar los efectos del BNP solo cuando se administra junto con epinefrina. Esto sugiere que la epinefrina y la dexametasona tienen un efecto sinérgico en la extensión de la duración del BNP perineural. El uso de dexametasona como adyuvante no tiene un efecto significativo sobre el dolor más allá de las 24 a 48 horas. El perfil de seguridad de este agente no se ha estudiado en profundidad. El estudio de Gagne demostró un riesgo 2 veces mayor de retraso en la recuperación cuando se usa dexametasona perineural como complemento. Por cuestiones de seguridad es preferible la administración intravenosa de dexametasona.

El midazolam podría ser un adyuvante prometedor en el BNP debido a su capacidad para mantener la hemodinamia del paciente (en términos de presión arterial y frecuencia cardíaca), costos relativamente bajos, inicio de acción rápido y mejor depuración metabólica que otras benzodiazepinas. Se cree que el bloqueo nervioso inducido por midazolam implica la acción sobre la proteína translocadora. Además, permite controlar el dolor y reducir la respuesta de estrés psicológico del paciente. El midazolam puede ser extremadamente útil en los procedimientos quirúrgicos de las extremidades superiores.

El tramadol es un opioide débil que actúa como adyuvante en el BNP para prolongar los efectos del

bloqueo sensorial y motor. Este analgésico puede inhibir el dolor mediante una acción opioide o una acción no opioide.

Los AINE son considerados una mejor opción adyuvante perioperatoria que los opioides por su capacidad para producir una analgesia eficaz, sin causar depresión respiratoria. Estos agentes bloquean la síntesis de prostaglandinas al inhibir las ciclooxigenasas (COX) 1 y 2, lo que limita la liberación de citoquinas y reduce la respuesta inflamatoria. El parecoxib es un inhibidor selectivo de la COX-2 que ha demostrado ser seguro y eficaz para el abordaje del dolor posoperatorio agudo, cuando se usa como adyuvante para el BNP del plano transversal del abdomen. El ketorolac prolonga la acción de la anestesia local en la anestesia regional, al inhibir la síntesis de prostaglandinas. Algunos estudios demuestran que el ketorolac no aumenta la duración del bloqueo sensorial y motor cuando se usa como adyuvante de la bupivacaína. El uso de AINE como adyuvante se ha estudiado más en profundidad en la anestesia regional intravenosa que en el BNP. Además del ketorolac, el paracetamol y el dexketoprofeno agregados a la lidocaína, prolongan los bloqueos motores y sensoriales y reducen el consumo de analgésicos. En la actualidad, aún no se recomienda el uso perineural de AINE en el BNP hasta tener más información relativa a su eficacia y seguridad en este contexto terapéutico.

Se ha demostrado que la dexmedetomidina prolonga de forma eficaz la duración de la analgesia cuando se agrega a la bupivacaína, la levobupivacaína o la ropivacaína para los BNP. La eficacia de la dexmedetomidina como adyuvante se ha comprobado con ropivacaína en el bloqueo interescalénico del plexo braquial, el bloqueo del nervio supraescapular, el bloqueo del nervio axilar y el bloqueo del plano transversal. Los autores de una investigación concluyeron que 1 µg/kg de dexmedetomidina con 20 ml de bupivacaína al 0.125% para el bloqueo del plano transversal del abdomen, es eficaz y seguro para reducir el dolor posoperatorio y el uso de opioides, y prolongar el bloqueo sensorial. Algunos metanálisis indican que la dexmedetomidina perineural aumenta el riesgo de hipotensión intraoperatoria y bradicardia, en comparación con placebo. Los datos de neurotoxicidad para la dexmedetomidina no son concluyentes. El consenso de la bibliografía es 1 µg/kg de dexmedetomidina para prolongar el BNP en 200 min. Los metanálisis sugieren que la dexmedetomidina es un analgésico más fuerte que la clonidina, pero más débil que los AINE. La dexmedetomidina perineural es superior a la clonidina, pero inferior a la dexametasona, en términos de índices de características de bloqueo, y también tiene mayor riesgo de hipotensión y sedación que la dexametasona. La administración periférica de dexmedetomidina no está aprobada. Se necesita caracterizar la seguridad de la dexmedetomidina como adyuvante en los BNP.

La dexametasona es uno de los adyuvantes más estudiados. El uso de dexametasona perineural en el BNP aumenta la duración de la analgesia y disminuye

el consumo de opioides y el dolor posoperatorio. Para el bloqueo del plexo braquial con bupivacaína y levobupivacaína se ha informado que 4 mg de dexametasona adyuvante es la dosis más baja suficiente. La capacidad de la dexametasona para aumentar la duración de la analgesia es mayor que la lograda con la clonidina. Su uso con levobupivacaína tiene un perfil de seguridad más favorable que con adyuvantes de clonidina, dexmedetomidina u opioides. Si bien los resultados de los estudios son prometedores, la eficacia de la dexametasona como anestésico local en el BNP aún es incierta. La dexametasona todavía no está indicada para la administración periférica y su perfil de seguridad se debate; además, el riesgo de neurotoxicidad no está claro. Desai y col. recomiendan 0.1 a 0.2 mg/kg de dexametasona administrada por vía sistémica junto con un anestésico local en procedimientos quirúrgicos que pueden implicar un dolor posoperatorio significativo. Si bien se necesita determinar la dosis óptima, la dexametasona es un candidato adyuvante prometedor en los BNP, y probablemente sea mejor que la clonidina o el midazolam para prolongar la analgesia.

La eficacia y la seguridad del tramadol como adyuvante del anestésico local para el BNP son incongruentes. Los autores de una investigación reciente afirmaron que la baja incidencia de complicaciones sugiere la seguridad de la combinación tramadol-ropivacaína para mejorar la analgesia posoperatoria. Los resultados de la administración perineural frente a la sistémica y el potencial de neurotoxicidad aún no están claros. Si bien no ha habido informes de daño a los nervios debido al tramadol, su administración perineural no está aprobada, y en la actualidad no se recomienda como adyuvante en el BNP.

Los autores de una investigación reciente no recomiendan el uso perineural de midazolam. La mayor preocupación sobre el uso de midazolam como adyuvante en el BNP es su posible neurotoxicidad. Actualmente, el uso de midazolam como adyuvante no está aprobado y se desaconseja encarecidamente su uso perineural con anestesia local en el BNP hasta que se obtengan más datos de seguridad de alta calidad. Es importante destacar que el midazolam no produce neurotoxicidad *in vitro* o *in vivo* cuando se usa con una combinación de clonidina-buprenorfina-dexametasona, que carece de anestesia local. Esto permite pensar que el bloqueo nervioso inducido por midazolam y su neurotoxicidad son separables. El midazolam como adyuvante en la BNP actualmente se limita al uso en una dosis establecida con anestésicos locales documentados para este propósito.

Diversos agentes adyuvantes han demostrado que aumentan el tiempo que el BNP está activo y disminuyen el uso de analgésicos de rescate en el período posoperatorio. La clonidina y la dexmedetomidina han demostrado que prolongan el BNP. La dexametasona funciona mejor que estos dos agonistas alfa-2; sin embargo, no muestra un efecto significativo sobre el dolor más allá de las 24 a 48 horas.

La investigación sobre el midazolam, el tramadol y los AINE no es sólida, y en la actualidad la mayoría de estos no están aprobados como adyuvantes en el BNP. Los efectos de los adyuvantes sobre la neurotoxicidad deben revisarse con estudios adicionales para delinear la seguridad de su uso en el BNP. Si bien es necesario realizar investigaciones adicionales, el uso de adyuvantes en el BNP puede ser una forma de ayudar a controlar el dolor posoperatorio.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/171189](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/171189)

## 5 - Enfermedades con Dolor Crónico Superpuestas en Pacientes con Enfermedades Reumáticas

*Falasinu T, Nguyen T, Simard J y colaboradores*

**ACR Open Rheumatology** 1-7, Jul 2022

La cronificación del dolor es heterogénea en reumatología. Si bien los mecanismos de cronificación del dolor en las enfermedades autoinmunes no se han dilucidado por completo, los autoanticuerpos pueden actuar como mediadores en la modulación de la función de las neuronas nociceptivas y producir un dolor persistente. Se identificaron diversas afecciones con dolor crónico que parecen coincidir en una misma persona. Estos trastornos comparten un mecanismo común y son más frecuentes en las mujeres, al igual que diversas enfermedades reumáticas autoinmunes crónicas. Estos trastornos se conocen como enfermedades con dolor crónico superpuestas (EDCS) y comprenden el trastorno temporomandibular, la fibromialgia, el síndrome de intestino irritable, la vulvodinia, la encefalomiелitis miálgica/síndrome de fatiga crónica, el síndrome de dolor pelviano crónico urológico, la endometriosis, la cefalea tensional crónica, la migraña y la lumbalgia crónica. La presencia de estas EDCS se asocia con peor funcionamiento físico, psicológico y social, y con mayor uso de los recursos de salud. Cuando se superpone con las enfermedades reumáticas, lleva a puntajes de actividad de la enfermedad más altos, en comparación con los pacientes sin EDCS, lo que, a menudo, complica la elección de las terapias inmunosupresoras. El conocimiento de la carga de las EDCS en las enfermedades reumáticas permitiría un enfoque terapéutico más eficaz del dolor crónico, una mejoría de la calidad de vida y del funcionamiento de los pacientes y la potencial reducción de la morbilidad y la mortalidad.

El objetivo de este estudio, el primero de una serie, fue estimar transversalmente la carga de las EDCS entre pacientes con cinco de las enfermedades reumáticas autoinmunes más comunes como la artritis psoriásica (AP), la artritis reumatoidea (AR), el síndrome de Sjögren (SS), el lupus eritematoso sistémico (LES) y la esclerodermia (esclerosis sistémica [ES]). También, se describieron las características sociodemográficas y los perfiles clínicos asociados con las EDCS concomitantes en pacientes con estas enfermedades reumáticas.

Se identificaron retrospectivamente las historias clínicas electrónicas de los pacientes de 18 años o más que consultaron en las clínicas de reumatología en una sola institución, desde 2010 hasta 2020, con cinco enfermedades reumáticas comunes: AP, AR, SS, LES y ES. Se compararon los factores sociodemográficos, clínicos y de estilo de vida por enfermedad reumática y por EDCS. También, se informó del diagnóstico estratificado por sexo de las EDCS.

El criterio principal de valoración fue la validación del diagnóstico de una o más EDCS.

Durante el período de estudio, se atendieron en las consultas de reumatología 846 pacientes con AP, 2605 con AR, 956 pacientes con SS, 975 enfermos con LES y 610 sujetos con ES. El diagnóstico de cada EDCS fue más frecuente entre las mujeres. Más de la mitad de los pacientes con AR, SS y LES tuvieron un diagnóstico concomitante de una EDCS. Aproximadamente del 36% al 62% de los pacientes tuvieron un diagnóstico concomitante de EDCS. Los individuos con SS presentaron la mayor prevalencia (62%), el 44% de aquellos con AP y el 36% con SS. El dolor lumbar crónico fue la EDCS más frecuente y osciló entre el 13% en la ES y el 40% en la AR y el SS.

El diagnóstico de una o más EDCS fue superior entre los pacientes de raza negra con enfermedades reumáticas, del 52% en la ES al 66% en la AR; mientras que fue inferior entre los sujetos asiáticos, del 26% en la ES y del 49% en el SS. Los pacientes hispanos tuvieron mayor prevalencia de una o más EDCS en la AR y el SS, y menor prevalencia en otras enfermedades reumáticas.

Los pacientes que contaban con un seguro público presentaron mayor prevalencia de una o más EDCS (66%), en comparación con los que tenían un seguro privado (58%). Los enfermos con una o más EDCS tuvieron más depresión y ansiedad y visitas más frecuentes a los servicios de urgencias, cirugías y hospitalizaciones.

Los pacientes con una o más EDCS tuvieron mayor edad en la primera consulta y mayor índice de masa corporal (IMC) actual, en comparación con los que no tenían EDCS. Los individuos divorciados/separados presentaron la mayor prevalencia de uno o más diagnósticos de EDCS entre las enfermedades reumáticas. Los pacientes que habían sido fumadores también tuvieron la mayor prevalencia de uno o más diagnósticos de EDCS.

En cuanto a los cuadros de salud mental, la prevalencia de los diagnósticos de depresión y ansiedad fue superior entre los pacientes con una o más EDCS. Entre aquellos con una o más EDCS, la prevalencia de depresión osciló entre el 30% en la AR y el 41% en el SS. También, se encontró una prevalencia mucho más elevada de diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, trastornos por consumo de sustancias y psicosis entre los pacientes con uno o más diagnósticos de EDCS.

Se estimó la carga de las EDCS en las enfermedades reumáticas comunes. En primer lugar, los autores encontraron que más de la mitad de los pacientes con

AR, SS y LES tenían un diagnóstico concomitante de una ECDS. Los pacientes con SS presentaron la mayor prevalencia de ECDS (62%). Aproximadamente el 44% de los individuos con AP y el 36% de aquellos con ES también tuvieron un diagnóstico de ECDS. El dolor lumbar crónico fue la ECDS más frecuente, y osciló entre el 13% en la ES y el 40% en la AR y el SS. Destacan que no hallaron estudios en la población general, por lo que no fue posible realizar comparaciones. En segundo lugar, encontraron disparidades pronunciadas de salud en la carga de ECDS entre los pacientes con enfermedades reumáticas. En particular, los correlatos de las ECDS en esta muestra comprendieron el sexo femenino, la edad avanzada, el mayor IMC, el seguro público y el divorcio/viudez. Estos resultados sugieren la necesidad de una identificación e intervención más temprana en esta población vulnerable, en particular, la necesidad de comprender los factores que impulsan el dolor crónico en diferentes subpoblaciones y cómo abordar mejor las necesidades únicas de esta población que tiene multimorbilidad con dolor episódico y crónico. En tercer lugar, los pacientes con enfermedad reumática con ECDS concomitantes tuvieron más del doble de prevalencia de trastornos de salud mental y de consumo de sustancias/alcohol, en comparación con los sujetos sin ellas. Además, los pacientes con ECDS también presentaron mayor número de visitas a urgencias y hospitalizaciones. Específicamente, parece que los individuos con ECDS tuvieron perfiles clínicos y de salud mental complejos o más debilitantes, y necesidades de tratamiento. Estos resultados son coherentes con estudios anteriores que sugieren que las personas con multimorbilidad son más vulnerables, tienen una menor calidad de vida y utilizan los recursos de salud con más frecuencia que los pacientes sin multimorbilidad.

En conclusión, los hallazgos de la presente investigación indicaron que las ECDS son muy comunes entre los pacientes con enfermedades reumáticas, y se asocian con menor calidad de vida y mayores necesidades de utilización de recursos de salud. Las investigaciones futuras podrán dilucidar los factores que impulsan el dolor crónico y la mejor manera de abordar las necesidades analgésicas únicas de esta población multimorbida.



+ Información adicional en  
[www.siicsalud.com/dato/resiic.php/171190](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/171190)





## Autoevaluaciones de lectura

Por cada artículo de la sección Reseñas destacadas se formula una pregunta, con cinco opciones de respuesta. La correcta, que surge de la lectura atenta del trabajo, se indica en el sector Respuestas Correctas, acompañada del fundamento escrito por el especialista que elaboró la pregunta.

TM N°	Enunciado	Seleccione sus opciones
1	¿Qué medicamentos no están recomendados para tratar el dolor lumbar?	A) Los antibióticos. B) Los anticonvulsivos. C) Las benzodiazepinas. D) Los corticoides orales. E) Todas las respuestas anteriores son correctas.
2	¿Qué tipo de dolor es el dolor neuropático?	A) Dolor asociado con disfunciones psiquiátricas. B) Dolor asociado con disfunciones del sistema nervioso central. C) Dolor asociado con disfunciones del sistema nervioso periférico. D) A y B son correctas. E) B y C son correctas.
3	¿Cuáles son los efectos del agregado de dexametasona a la analgesia perioperatoria multimodal, en pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla?	A) Reducción del dolor posoperatorio. B) Reducción del consumo de opioides. C) Reducción de la duración de la internación. D) Todos ellos. E) Hiperglucemia y riesgo aumentado de infecciones.

## Respuestas correctas

TM N°	Respuesta	Fundamento	Opción
1	Todas las respuestas anteriores son correctas.	Según una revisión, ninguna de las guías de práctica clínica publicadas entre 2015 y 2020 recomienda el uso de antibióticos, anticonvulsivos, benzodiazepinas o corticoides orales para tratar el dolor lumbar.	E
2	B y C son correctas.	El dolor neuropático es el dolor que se debe a disfunciones del sistema nervioso central o periférico, sin estimulación nociceptiva. El inconveniente principal de este cuadro se debe al procesamiento anormal de la percepción, y es frecuente en las enfermedades neurológicas, mientras que el dolor nociceptivo es una respuesta fisiológica al dolor tisular.	E
3	Todos ellos.	En pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla, la administración de una dosis intravenosa de dexametasona de entre 8 y 10 mg se asocia con todos estos beneficios.	D