



Global Year against musculoskeletal pain Fact Sheets

Osteoarthritis-Related Pain

Ano Mundial Contra Dor Musculoesquelética

Dor relacionada à osteoartrite

Epidemiologia

A osteoartrite (OA) é o distúrbio articular mais comum e a principal causa de incapacidade nos idosos.

OA de joelho sintomática ocorre em aproximadamente 37% das pessoas com 60 anos ou mais. De 1995 a 2005, o número de pessoas afetadas com OA clínica cresceu de 21 para quase 27 milhões nos Estados Unidos, refletindo o envelhecimento da população americana. A dor da OA do joelho é um sintoma-chave na decisão de procurar cuidados médicos e um importante antecedente de deficiência. Atualmente, não há estratégias terapêuticas provadas, que sejam capazes de evitar a progressão da alteração estrutural. O rápido aumento da prevalência desta doença, que já é comum, sugere que a OA vai ter um impacto crescente sobre os cuidados de saúde e sistemas de saúde pública no futuro.

Fisiopatologia

As estruturas intra-articulares e periarticulares, incluindo os meniscos, tecido adiposo, sinóvia e periósteo, são inervados por nociceptores, enquanto a cartilagem é aneural.

- As alterações patológicas estruturais da OA e a inflamação relacionada com o aumento de citocinas, podem levar a sensibilização periférica, que se manifesta como hiperalgesia primária, dor espontânea e dor ao movimento normalmente inócua.
- As características patológicas específicas ligadas à dor na OA estão relacionadas a lesões da medula óssea, sinovite, derrames e anormalidades meniscais.
- As alterações do sistema nervoso central podem contribuir para maior sensibilidade a estímulos mecânicos que se desenvolvem fora da área de lesão (hiperalgesia secundária), com sensibilidade aumentada para estímulos periféricos ou sensibilização central, que se manifesta clinicamente como dor referida ou irradiada e reduzido limiar de dor em articulações não-afetadas.

- Contribuições genéticas para a sensibilidade à dor pode desempenhar um papel na OA. Recentemente, foi demonstrado que o polimorfismo da COMT val158met pode estar associado à dor da OA de quadril.
- Fatores psicológicos também podem ser um componente importante da experiência de dor da OA. Há alguns estudos demonstrando aumento da resposta afetiva e motivacional na experiência dolorosa em pacientes com OA.

Características Clínicas e Critérios Diagnósticos

- OA é geralmente localizada no quadril, joelho, ou na mão, e menos comumente para outras articulações, como a ombro, cotovelo, punho ou tornozelo
 - Para um diagnóstico da OA, os pacientes devem ter a dor e 5 dos seguintes critérios:
 - Idade > 50 anos
 - Rigidez < 30 minutos
 - Crepitação
Sensibilidade da região óssea
 - Alargamento ósseo
 - Ausência de calor
 - Velocidade de hemossedimentação < 40 mm / h
 - Fator reumatóide < 1:40
 - Sinais de osteoartrite no líquido sinovial
 - Osteófitos

Tratamento

- Revisões sistemáticas mostram que agonistas opióides (por exemplo, tramadol), acetaminofeno (paracetamol), anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), e inibidores de interleucina-1 podem reduzir a dor e, em alguns casos melhorar a função das pessoas com osteoartrite.
- Os tratamentos locais incluem geralmente a injeção intra-articular de corticosteróides ou ácido hialurônico, e ambos melhoram a dor e função na OA.
- A substituição articular total é considerada quando a dor e limitações funcionais resultem em diminuição da qualidade de vida, quando há evidências radiográficas de lesões articulares, e quando há dor moderada a intensa que não é adequadamente aliviada por métodos não-cirúrgicos.
- Substituição total do joelho ou do quadril geralmente são as principais abordagens cirúrgicas, que claramente reduzem a dor e melhoram a função e a qualidade de vida em pessoas com osteoartrite.
- A fisioterapia é eficaz no tratamento da OA. Tanto o alongamento e o exercício de condicionamento aeróbico reduzem a dor e melhoram a função articular. Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) reduz a dor, a crioterapia melhora a função, e a

terapia com laser de baixo nível tanto reduz a dor como melhora a função. Intervenções psicológicas utilizando terapia cognitivo-comportamental reduzem a dor, com efeitos que são mantidos em até seis meses de acompanhamento.

Tradução Dr. João Batista Santos Garcia

References

1. Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA, Hirsch R, Helmick CG, Jordan JM, Kington RS, Lane NE, Nevitt MC, Zhang Y, et al. Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Ann Intern Med* 2000;133:635–46.
2. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, Gabriel S, Hirsch R, Hochberg MC, Hunder GG, et al; National Arthritis Data Workgroup. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis Rheum* 2008;58:26–35.
3. Scott DL. Osteoarthritis and rheumatoid arthritis. In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. *Wall and Melzack's textbook of pain*. London: Elsevier; 2006. p. 653–674.
4. van Meurs JB, Uitterlinden AG, Stolck L, Kerkhof HJ, Hofman A, Pols HA, Bierma-Zeinstra SM. A functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene is associated with osteoarthritis-related pain. *Arthritis Rheum* 2009;60:628–9.
5. Brosseau L, MacLeay L, Robinson V, Wells G, Tugwell P. Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD004259.
6. Keefe FJ, Caldwell DS, Williams DA, Gil KM, Robertson C. Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: II. Follow-up results. *Behav Ther* 1990;21:435–47.
7. National Institutes of Health. NIH consensus statement on total knee replacement. *NIH Consens State Sci Statements* 2003;20:1–34.
8. Sluka KA. Osteoarthritis and rheumatoid arthritis. In: Sluka KA, editor. *Mechanisms and management of pain for the physical therapist*. Seattle: IASP Press; 2009. p. 349–360.