



CARTA AL EDITOR

Dolor nociplástico y sensibilización central en pacientes con dolor crónico: actualizando conceptos y terminología



Nociplastic pain and central sensitization in patients with chronic pain: updating concepts and terminology

Sr. Editor,

Hemos leído el editorial publicado en la revista *Atención Primaria* sobre «Nuevas perspectivas en el abordaje del dolor» y nos gustaría puntualizar la terminología planteada en el artículo sobre el concepto de «sensibilización central» (SC)¹.

Además del dolor nociceptivo y neuropático, la *International Association for the Study of Pain* (IASP) incluyó el 14 de diciembre de 2017 un nuevo término: «dolor nociplástico», definido como aquel «dolor que surge de la nocicepción alterada a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular real o potencial que cause la activación de nociceptores periféricos o evidencia de enfermedad o lesión del sistema somatosensorial que cause dolor»².

Antes de la introducción del término «dolor nociplástico», en muchos casos de dolor crónico inespecífico, la SC explicaba la experiencia de dolor en ausencia de aferencia nociceptiva o de suficiente daño tisular para explicar la gravedad del dolor experimentado, la discapacidad u otros síntomas. Ante la necesidad de dar explicación a muchos contextos de dolor complejo, el término de SC ha alcanzado una gran relevancia y quizás cierto sobreuso y mala aplicación.

Es importante destacar que el término «dolor nociplástico» está destinado al uso clínico, y no para un diagnóstico, ni mucho menos como un sinónimo de SC de la nocicepción, que es un concepto meramente neurofisiológico. Se entiende la SC al aumento de la actividad sináptica en las neuronas somatosensoriales del asta posterior de la médula espinal como consecuencia de un estímulo nocivo periférico mantenido, es decir, un daño tisular o del nervio. La SC provoca una respuesta progresiva y amplificada que, en ocasiones, no presenta correlación con la intensidad del estímulo doloroso. Clínicamente estos fenómenos se manifiestan a través de la hipersensibilidad a estímulos dolorosos o hiperalgesia y como hipersensibilidad a estímulos no dolorosos o alodinia³. Realizadas estas pun-

tualizaciones, consideramos, por tanto, que la fibromialgia, el colon irritable, la migraña, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple deben considerarse como condiciones prototípicas de dolor nociplástico y no englobarse exclusivamente como síndromes de SC.

Por otra parte, la nocicepción alterada, que también se asume en la fisiopatología del dolor nociplástico, está asociada con la SC y/o periférica. Así, los fenómenos de SC pueden llegar a estar presentes en aproximadamente el 30% de los pacientes con artrosis (ejemplo típico de dolor nociceptivo), y su presencia implica un manejo terapéutico distinto del dolor nociceptivo habitual⁴. Para valorar la SC resulta útil el Inventario de Sensibilización Central (CSI, por sus siglas en inglés de *Central Sensitization Inventory*), cuya puntuación total varía entre 0 y 100. Una puntuación de 40 o más en el CSI indica la presencia de dolor con SC⁵.

Estamos cada día más cerca de dejar atrás la ambigüedad a la hora de definir el dolor y de diagnosticarlo; para ello es importante conocer bien y saber distinguir los diferentes tipos. El término «dolor nociplástico» es de rigurosa actualidad, y por ello es necesario recalcar sus propiedades y criterios clínicos³:

- Cuadro clínico de dolor de al menos 3 meses.
- Distribución regional del dolor en lugar de concreta.
- Contexto de dolor incapaz de ser explicado completamente por mecanismos nociceptivos o neuropáticos.
- Signos clínicos de hipersensibilidad al menos presentes en la región del dolor.
- Rara vez se presenta de manera aislada y suele ir acompañado de otros síntomas asociados al sistema nervioso central, como fatiga y alteraciones del sueño, deterioro cognitivo, hipersensibilidad a los estímulos externos y alteraciones del estado de ánimo.

Esperemos que estas reflexiones ayuden a clasificar las diferentes condiciones de dolor crónico mediante la evaluación de las características de sensibilización del dolor y los 3 descriptores de dolor propuestos por la IASP.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102898>

0212-6567/© 2024 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Bibliografía

1. Casabella Abril B. Nuevas perspectivas en el abordaje del dolor. *Aten Primaria*. 2024;56:102841.
2. International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet] [consultado 21 Enero 2024]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Nocioplasticpain>.
3. Nijs J, Malfliet A, Nishigami T. Nocioplastic pain and central sensitization in patients with chronic pain conditions: a terminology update for clinicians. *Braz J Phys Ther*. 2023;27:100518.
4. Lluch E, Torres R, Nijs J, van Oosterwijck J. Evidence for central sensitization in patients with osteoarthritis pain: a systematic literature review. *Eur J Pain*. 2014;18:1367–75.
5. Neblett R, Cohen H, Choi Y, Hartzell MM, Williams M, Mayer TG, et al. The Central Sensitization Inventory (CSI): establishing clinically significant values for identifying central sensitivity syndromes in an outpatient chronic pain sample. *J Pain*. 2013;14:438–45.

Antonio Alcántara Montero^{a,*},
Sandra Raquel Pacheco de Vasconcelos^b
y Alfonso Castro Arias^a

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

^b *Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España*

* Autor para correspondencia.

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