

Prevalência de dor neuropática em pacientes com osteoartrite

Prevalence of Neuropathic Pain in Patients with Osteoarthritis

María Eugenia Zuluaga^{1,2} Iveth Urbano^{1,2} María Ana Tovar-Sanchez^{1,2} Catalina Baena^{1,2}
Sara G. Pacichana-Quinayaz³ Francisco J. Bonilla-Escobar^{3,4,5}

¹Especialista em Medicina Física e Reabilitação, Universidad del Valle, Cali, Colômbia

²Grupo de Investigación em Reabilitação, Universidad del Valle, GIRUV, Universidad del Valle, Cali, Colômbia

³Fundación SCISCO, Somos Ciencia al Servicio de la Comunidad, Cali, Colômbia

⁴Departamento de Oftalmologia, Institute for Clinical Research Education (ICRE), School of Medicine, University of Pittsburgh, Pensilvânia, Estados Unidos.

⁵Service of Ophthalmology, Universidad del Valle, Cali, Colômbia

Endereço para correspondência María Eugenia Zuluaga Ruiz, Physical Medicine and Rehabilitation Specialist, Univalle: Universidad del Valle, Cali, Valle, Colombia (e-mail: maria.zuluaga@correounivalle.edu.co).

Rev Bras Ortop 2023;58(6):e924–e931.

Resumo

Objetivo O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de dor neuropática e caracterizar a qualidade de vida de pacientes com osteoartrite que consultaram um ambulatório de dor no sudoeste da Colômbia.

Métodos Este foi um estudo transversal realizado por meio de entrevista telefônica. Foram incluídos participantes ≥ 18 anos de idade com diagnóstico de osteoartrite. O questionário *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS) foi utilizado para avaliação dos sintomas e sinais de dor neuropática e o *Short Form-8* analisou a qualidade de vida.

Resultados A taxa de resposta foi de 54,1% (46/85). A razão homem:mulher foi de 5:1, com média de idade de 72 ± 10 anos. A maioria dos participantes (91,3%) apresentava dor intensa. A prevalência de dor neuropática foi de 28,3% (intervalo de confiança [IC] de 95% = 15,99-43,46) e a prevalência de dor neuropática entre mulheres foi de 84,6% (IC 95% = 54,55-98,01). Disestesias e dor paroxística foram relatadas por 92,3% dos indivíduos com dor neuropática. Em relação à qualidade de vida, as limitações na prática de atividade física foram as mais significativas e relatadas por 63% dos indivíduos.

Conclusão A dor neuropática foi prevalente e tinha impacto negativo na função física. Isso destaca a necessidade de estratégias terapêuticas direcionadas a vias específicas da dor neuropática em pacientes com osteoartrite.

Palavras-chave

- dor crônica
- neuralgia
- qualidade de vida
- osteoartrite

Estudo desenvolvido no Departamento de Medicina Física e Reabilitação, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

recebido
26 de Dezembro de 2022
aceito
07 de Fevereiro de 2023

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-1776986>.
ISSN 0102-3616.

© 2023. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. All rights reserved.

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua do Matoso 170, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20270-135, Brazil

Abstract

Objective The aim of this study was to determine the prevalence of neuropathic pain and characterize the quality of life of patients with osteoarthritis who consulted a pain clinic in Southwestern Colombia.

Methods A cross-sectional study was conducted via telephone survey. Participants ≥ 18 years of age with a diagnosis of osteoarthritis were included. The LANSS questionnaire was used to evaluate symptoms and signs of neuropathic pain, and the Short Form-8 was used to evaluate quality of life.

Results Response rate was 54.1% (46/85). The male-to-female ratio was 5:1, with an average age of 72 ± 10 years. Most participants (91.3%) had severe pain. The prevalence of neuropathic pain was 28.3% (95%CI = 15.99-43.46), and the prevalence of neuropathic pain amongst women was 84.6% (95%CI = 54.55-98.01). Dysesthesias and paroxysmal pain were present in 92.3% of individuals with neuropathic pain. Regarding quality of life, limitations in physical activity were the most significant, as 63% of individuals reported such limitations.

Conclusion Neuropathic pain was found to be prevalent and had a negative impact on physical function, highlighting the need for therapeutic strategies targeted to specific neuropathic pain pathways in patients with osteoarthritis.

Keywords

- chronic pain
- neuralgia
- quality of life
- osteoarthritis

Introdução

A osteoartrite (OA) é a forma mais comum de artrite, pois afeta 3,3% a 3,6% da população global.¹ Entre os adultos mais velhos, a OA é uma das principais causas de mortes e incapacidades em todo o mundo, gerando altas despesas médicas nas populações de meia-idade e idosas.² Nos Estados Unidos, no Canadá, no Reino Unido, na França e na Austrália, os custos da OA representam entre 1% e 2,5% do produto interno bruto.³ Os sintomas comuns da OA são dores, rigidez e inchaço nas articulações. Dentre as características histológicas, estão inflamação, danos na cartilagem e formação de osteófitos decorrentes de tentativas de reparo.⁴ Aproximadamente 80% das pessoas com mais de 65 anos apresentam evidência radiográfica de OA, em especial nas articulações do quadril e do joelho.⁵

A associação entre doença articular e neuropatia periférica está bem estabelecida há muitos anos.⁶ Embora historicamente a dor associada à OA tenha sido considerada exclusivamente nociceptiva, há evidências recentes crescentes que apoiam a ideia da coexistência de um componente neuropático.^{7,8} A *International Association for the Study of Pain* (IASP) afirma que a definição de dor neuropática (DN) deve incluir uma lesão central ou periférica do sistema somatossensorial.⁹ O mecanismo exato da neuropatia periférica relacionada à OA ainda é, em grande parte, desconhecido.¹⁰

A prevalência de DN na população geral é estimada entre 6,9% e 10%.¹¹ Em indivíduos com OA de joelho ou quadril, a prevalência de DN é em torno de 23%.⁸ A DN tem implicações significativas na qualidade de vida (QV), incluindo distúrbios de sono, ansiedade e depressão.¹² A significativa morbidade e mortalidade da AO indica a necessidade de pesquisas que abordem a relação entre DN e OA.

Assim, combinado com a escassez de evidências sobre OA em países de baixa e média renda, o objetivo principal deste estudo foi determinar a prevalência de DN em pacientes com OA que consultaram o ambulatório de dor em um centro de referência no sudoeste da Colômbia. O objetivo secundário foi explorar a qualidade de vida desses pacientes.

Métodos**Delineamento Experimental**

Este foi um estudo transversal realizado por meio de entrevista telefônica. A pesquisa utilizou as versões em espanhol do questionário *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS)^{13,14} e o questionário *Short Form-8* (SF-8)TM.¹⁵ O estudo foi aprovado pelos comitês de ética da Universidad del Valle and the Hospital Universitario del Valle E.S.E (code 016-017).

Cenário

Os participantes do estudo foram recrutados no ambulatório de dor do Hospital Universitario de Valle (HUV), um centro terciário no sudoeste da Colômbia que possui cerca de 500 leitos e é o principal centro de referência, cobrindo uma rede de cerca de 22.195 km².

População do Estudo

A população do estudo foi identificada por meio de busca no cadastro de pacientes que consultaram o ambulatório de dor do Departamento de Medicina Física e Reabilitação do HUV. Os prontuários eletrônicos foram revisados e os pacientes foram submetidos à triagem de forma retrospectiva para OA de acordo com a classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID-10) com códigos M15 a M19.¹⁶ O estudo

incluiu participantes ≥ 18 anos de idade e com diagnóstico positivo de OA primária ou secundária.

Os indivíduos foram contatados entre março e abril de 2018. O consentimento informado verbal foi obtido de todos os participantes antes da entrevista. Foram excluídos indivíduos com estado mental ou cognitivo alterado, deficiência auditiva, diagnóstico prévio de DN por outras causas, fibromialgia, tratamento por mais de oito semanas com antineurálgicos em doses terapêuticas,¹⁷ câncer ativo e doenças autoimunes.

Variáveis

Características sociodemográficas e clínicas, incluindo idade, sexo, maior escolaridade, situação profissional e localização da pior dor, foram coletadas. As características da dor e a QV foram coletadas por meio do LANSS e do SF-8.¹⁵

O LANSS tem duas seções. A primeira seção tem quatro questões que exploram os sintomas essenciais da DN agrupados em disestesias (alfinetes e agulhas, socos), alterações autonômicas (aparência manchada ou avermelhada da pele), dor provocada (pele anormalmente sensível ao toque) e dor paroxística (presença de choques elétricos, pulos ou choques). A segunda seção é uma autoavaliação física à procura da presença de sinais positivos de DN, alodinia, e um sinal negativo, a hipoestesia. Uma pontuação maior ou igual a 12 é indicativa de DN.¹⁴

O questionário SF-8¹⁵ é uma versão abreviada do SF-36 e contém oito subescalas. O SF-8 avalia os aspectos físicos e mentais da qualidade de vida ao pedir que os participantes relatem o impacto de uma doença em vários aspectos da sua

vida nas últimas quatro semanas e foi validado em espanhol.¹⁵

Coleta de Dados

As entrevistas por telefone foram realizadas durante um período de cinco semanas. Antes de iniciar e para evitar ligações não solicitadas, os pacientes foram questionados sobre seu estado de saúde e a data da última e da próxima consulta, atividade regular no ambulatório. Dois dos pesquisadores principais treinados na aplicação da pesquisa fizeram as ligações. As respostas foram registradas em questionários impressos e as informações foram posteriormente inseridas em um banco de dados Excel para análise.

Caso o paciente não conseguisse realizar o exame físico ou responder o questionário de forma independente, como pacientes idosos com dificuldade de compreensão das questões, um familiar podia auxiliá-lo.

Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada no programa Stata 16 (Stata Corp.®, TX, EUA). Inicialmente, foi realizada uma análise exploratória dos dados para identificar dados faltantes, erros de digitação e valores inconsistentes. Depois, esses dados foram corrigidos com base em prontuários ou registros em papel.

Foi realizada análise descritiva univariada para cálculo de medidas de tendência central (média, mediana) e dispersão (desvio-padrão, percentis, valores máximos e mínimos) de variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram descritas como frequências relativas e porcentagens. A análise

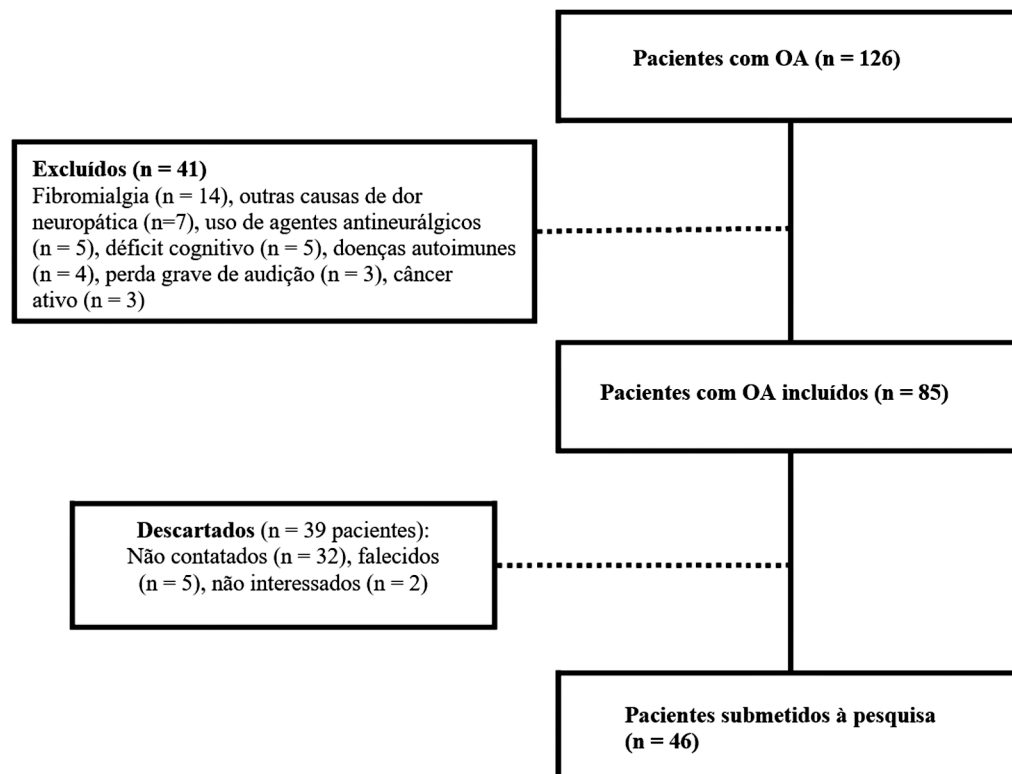


Fig. 1 Diagrama de seleção de pacientes.

bivariada comparou dois grupos, ou seja, pacientes com DN e sem DN, com base em variáveis sociodemográficas e clínicas. Testes de hipóteses bicaudais foram realizados conforme o tipo de variável em comparação; variáveis categóricas foram analisadas pelo teste de qui-quadrado ou exato de Fisher e variáveis contínuas foram analisadas pelo teste t ou o teste de Wilcoxon, como apropriado. A normalidade foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk e a igualdade das variâncias foi analisada pelo teste da razão de variâncias. A significância foi estabelecida em um valor de $p < 0,05$.

Resultados

Um total de 126 pacientes com diagnóstico de OA foram selecionados no registro. Destes, 41 foram excluídos. Foram listados 85 pacientes para entrevista telefônica; os investigadores fizeram em média cinco tentativas de ligação para cada um dos participantes. Foram descartados 39 pacientes: 32 porque o número de telefone era inválido, inativo ou não houve resposta; cinco faleceram; e dois não consentiram em participar da pesquisa. Assim, foram entrevistados 46 pacientes com diagnóstico de OA (taxa de resposta de 54,12%) (►Fig. 1).

As características sociodemográficas e clínicas dos participantes estão resumidas na ►Tabela 1. A maioria dos participantes era do sexo feminino (82,6%) e a média de idade foi de 72 ± 10 anos. Não houve diferenças significativas de idade por sexo ($p = 0,35$) ou presença de DN ($p = 0,71$).

Em relação à intensidade da dor medida pela Escala Visual Análoga (EVA), 91,3% ($n = 42/46$) apresentaram dor intensa, correspondendo a uma pontuação entre 7 e 10. Dentre os pacientes com pontuação LANSS ≥ 12 , 46,1% avaliaram a

intensidade da dor como 10. Os pacientes perceberam a pior dor nos quadris (38,5%) e no joelho (30,8%) (►Fig. 2).

De modo geral, a prevalência de DN foi de 28,3% ($n = 13$, IC 95% = 16-43,5). Dentre as mulheres, a prevalência foi de 84,6% ($n = 11$, IC 95% = 54,5-98). Na análise segregada das variáveis do questionário LANSS, a dor paroxística foi o sintoma mais prevalente (►Tabela 2). Nos participantes com DN, os dois tipos de dor mais frequentes foram a disestesia e a dor paroxística (►Fig. 3).

Em relação à avaliação da QV (►Tabela 3), a Saúde Física foi mais afetada pelas subescalas Saúde Geral, Aspectos Físicos e Dor Corporal. Dentre os participantes, 60,9% consideraram sua saúde geral como “regular”, 63% relataram limitações “significativas” ou “completas” nas funções físicas e mais de metade (60,8%) relatou limitações “graves” ou “muito graves” nas subescalas de Dor Corporal. A Saúde Mental foi afetada pelas subescalas Funcionamento Social e Saúde Mental e de alguma forma preservada na subescala Papel Emocional, onde a maioria dos participantes relatou problemas emocionais “nulos” ou “leves” (52,1%).

Discussão

Em nosso estudo, a prevalência global de DN foi de 28,3%, o que pode ser contrastado com outro estudo em que a prevalência de DN foi de 37%; no entanto, esse estudo investigou exclusivamente indivíduos com dor no joelho.¹⁸ Uma revisão sistemática estimou a prevalência de DN entre indivíduos com OA em 23%; no entanto, a revisão incluiu OA de joelho ou quadril.⁸ Faltam pesquisas que investiguem a presença de DN especificamente entre indivíduos com OA e, em todo o mundo, existem poucos estudos que caracterizem

Tabela 1 Características sociodemográficas e clínicas dos participantes

Característica	Todos (n = 46)	Dor neuropática		Valor de p
		Não (n = 31)	Sim (n = 15)	
Idade, média \pm DP	72 \pm 10 anos	72,68 \pm 10,52	71,47 \pm 10,24	0,71 ⁺
Sexo: Feminino, n (%)	38 (82,6)	26 (83,87)	12 (80)	1,0 [□]
Educação, n (%)				0,14 [□]
< Primária	25 (54,35)	18 (58,06)	7 (46,67)	
Primária	13 (28,26)	6 (19,35)	7 (46,67)	
> Primária	8 (17,39)	7 (22,58)	1 (6,67)	
Estado civil, n (%)				0,92 [□]
Casado(a)	19 (41,30)	12 (38,71)	7 (46,67)	
Solteiro(a)/Divorciado(a)	17 (36,96)	12 (38,71)	5 (33,33)	
Viúvo(a)	10 (21,74)	7 (22,58)	3 (20)	
Situação de emprego: Aposentado(a), n (%)	39 (84,78)	27 (87,10)	12 (80)	0,67 [□]
Cidade de moradia: Cali, n (%)	30 (65,22)	21 (67,74)	9 (60)	0,61 [‡]
Dor grave: Sim, n (%)	42 (91,3)	27 (87,1)	15 (100)	0,29 [□]
Escala Visual Análoga de dor, mediana \pm IIQ	9 (8-10)	9 (8-10)	10 (8-10)	0,36 [*]

Abreviações: IIQ, Intervalo interquartil; LANSS, *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs*; DP, desvio-padrão.

⁺Teste t. [□] Teste exato de Fisher. [‡] Qui-quadrado. ^{*} Teste de Wilcoxon

A ►Tabela 1 mostra os dados sociodemográficos e a presença de dor neuropática dos participantes.

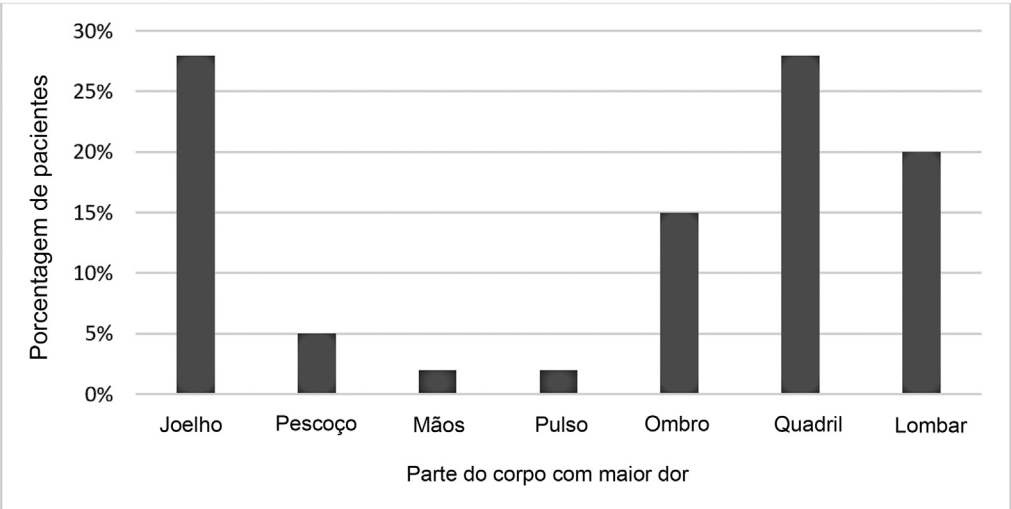


Fig. 2 Percepções dos pacientes acerca da pior dor em cada área corporal.

Tabela 2. Respostas ao questionário LANSS

Item do questionário	Frequência (n = 46)	Porcentagem (%)
Sintomas Essenciais		
Disestesias	24	52,17
Alterações autonômicas	6	13,04
Dor provocada	23	50
Dor paroxística	27	58,7
Autoavaliação física		
Alodinina	14	30,43
Hipoestesia	19	41,3

Abreviações: LANSS, *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs*.
A ► Tabela 2 descreve os itens do questionário LANSS e a frequência entre os participantes.

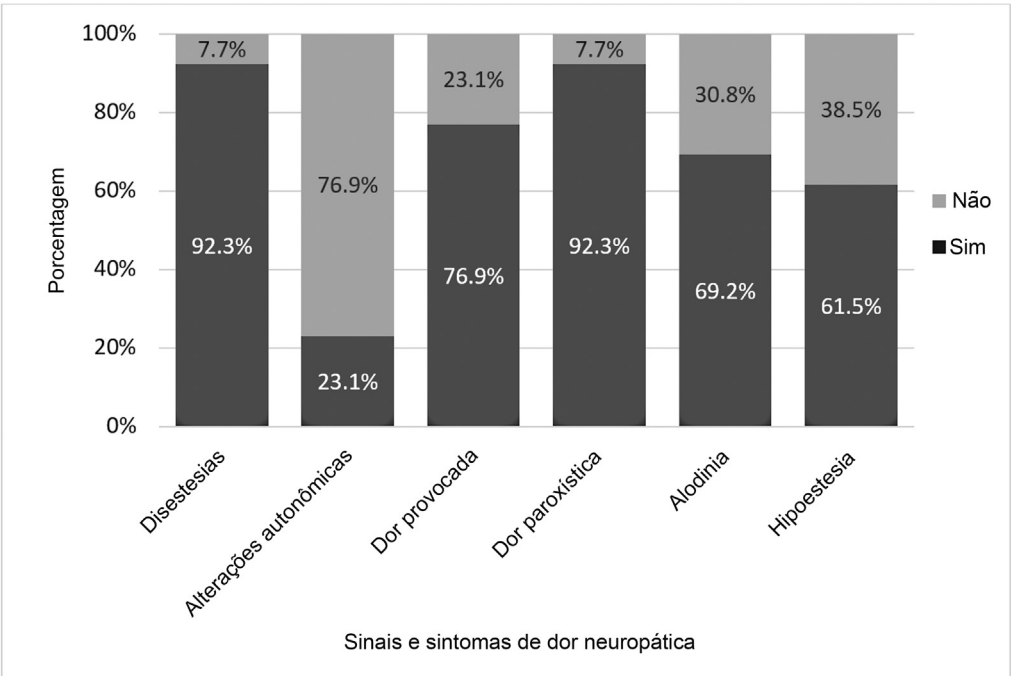


Fig. 3 Frequência de sinais e sintomas em pacientes com dor neuropática.

Tabela 3 Questionário de Saúde *Short Form* (SF)-8

Subescala	Item	n	%
Saúde geral	Excelente	1	2,17
	Muito boa	4	8,7
	Boa	4	8,7
	Regular	28	60,87
	Ruim	5	10,87
	Muito ruim	4	8,7
Limitação das atividades físicas (papel - físico)	Nenhuma	3	6,52
	Muito pequena	3	6,52
	Regular	11	23,91
	Significativa	17	36,96
	Impossibilidade de fazer atividades físicas	12	26,09
Dificuldade no trabalho diário (funcionamento físico)	Nenhuma	9	19,57
	Muito pequena	6	13,04
	Regular	9	19,57
	Significativa	14	30,43
	Impossibilidade de trabalho diário	8	17,39
Dor corporal	Nula	2	4,35
	Muito branda	2	4,35
	Branda	2	4,35
	Moderada	12	26,09
	Grave	19	41,3
	Muito grave	9	19,56
Vitalidade	Bem alta	3	6,52
	Alta	6	13,04
	Regular	16	34,78
	Baixa	14	30,43
	Nenhuma	7	15,22
Limitação das atividades sociais usuais (funcionamento social)	Nenhuma	13	28,26
	Muito pequena	4	8,7
	Regular	6	13,04
	Significativa	16	34,78
	Impossibilidade de fazer atividades sociais	7	15,22
Problemas emocionais (papel - emocional)	Nenhum	13	28,26
	Brandos	11	23,91
	Moderados	6	13,04
	Significativos	10	21,74
	Extremos	6	13,04
Limitação das atividades diárias por problemas pessoais ou emocionais (saúde mental)	Nenhuma	5	10,87
	Muito pequena	7	15,22
	Regular	14	30,43
	Significativa	14	30,43
	Impossibilidade de fazer atividades diárias	6	13,04

Nota: A ► **Tabela 3** mostra as oito subescalas do questionário de qualidade de vida e a frequência e a porcentagem de cada item avaliado.

a prevalência de DN naqueles com dor crônica de diferentes etiologias.

Nosso estudo constatou que a DN foi mais prevalente entre as mulheres, o que está de acordo com relatos anteriores.^{11,19-21} A razão para essa diferença entre os sexos não está clara. Contudo, pode estar relacionada a deficiências hormonais que se desenvolvem em mulheres perto da menopausa, tornando-as suscetíveis à OA e, portanto, à DN.¹⁹

A maioria dos participantes (91,3%) relatou dor intensa. Observamos que o quadril e o joelho foram relatados como áreas de pior dor em pacientes com OA. A DN entre aqueles com dor no quadril foi super-representada, uma vez que a prevalência foi de 38,5%, enquanto a prevalência de DN em outras áreas de dor na OA foi de 28,3%. Nossos achados mostram uma alta frequência de dor no quadril, contrastando relatos da América Latina, que estimam a prevalência de OA de joelho em 31,2%, e apenas 1,3% dos pacientes tinham OA de quadril.²² As altas taxas de OA de quadril em nosso estudo podem ter ocorrido porque a maioria dos participantes eram do sexo feminino (82,6%) e já tinham passado pela menopausa, já que foi constatado que alterações hormonais podem ser um fator de risco para OA de quadril.^{20,21}

Na avaliação de QV, metade dos participantes relataram limitações “significativas” ou “completas” na subescala de funcionamento social. Como a idade média dos pacientes era de 72 anos, essas limitações no funcionamento social podem ser atribuídas a fatores como o estreitamento das redes sociais e as mudanças nos papéis sociais que podem ocorrer com o aumento da idade.²³ Ao mesmo tempo, a maioria dos participantes relatou problemas emocionais “leves” ou “nulos” (52,1%), o que pode refletir o aumento da estabilidade emocional que também pode surgir com o aumento da idade.²³ No entanto, 43% relataram limitações “significativas” ou “completas” em suas atividades diárias por motivos pessoais ou emocionais (saúde mental). Como tanto o funcionamento social quanto o físico diário contribuem para um envelhecimento saudável,²⁴ há necessidade de investigar mais a fundo o efeito da OA e da DN nos fatores sociais e emocionais dos idosos.

Como já mencionado, a dor da OA pode ser nociceptiva e neuropática.¹⁰ Três fatores importantes foram identificados na origem da dor da OA. O primeiro é o aumento local de citocinas e interleucinas no líquido sinovial da articulação. Em segundo lugar, fatores gerais, como alterações biomecânicas e bioquímicas decorrentes de obesidade ou diabetes. Terceiro, alterações neuroplásticas, como sensibilização periférica devido ao crescimento excessivo de fibras nervosas na cartilagem articular que normalmente não é revertido;²⁵ esse mecanismo pode ser o mais significativo no que diz respeito ao aparecimento de DN na OA, pois a definição de DN deve incluir uma alteração estrutural do sistema somatossensorial.⁸⁻¹⁰

Hoje, na Colômbia, o tratamento predominante da OA é o paracetamol e agentes anti-inflamatórios não esteroidais.²² No entanto, como nosso estudo enfatiza a prevalência de DN em indivíduos com OA, nossos resultados também destacam a necessidade de intervenções mais direcionadas à aborda-

gem da OA e da DN. Opções farmacológicas, como a duloxetina, já aprovada para OA de joelho como dor crônica em outras diretrizes⁵ e o bloqueio do receptor do ácido lisofosfatídico lipídico (LPA),²⁶ proposto como método farmacológico para inibir danos aos nervos articulares, devem ser o foco de mais estudos em OA e DN.²⁷ Além disso, as abordagens não farmacológicas incluem o tratamento adaptado aos processos cognitivos envolvidos na fenomenologia da dor, como a sensação de catástrofe relacionada à dor, que tem se mostrado eficaz no manejo multidisciplinar da dor.²⁸

Limitações

O questionário LANSS validado para aplicação telefônica apresenta sensibilidade e especificidade de 52% e 78%, respectivamente. Estes valores são relativamente baixos; no entanto, este é o único questionário relevante validado em espanhol para uso telefônico. Mais pesquisas são necessárias para validação e avaliação da confiabilidade de ferramentas semelhantes.

Outra limitação é o pequeno tamanho da amostra que fornece informações relevantes sobre a taxa de resposta dos participantes inscritos neste tipo de pesquisa. Até onde sabemos, estas informações não foram descritas na Colômbia. Tentamos localizar os participantes com vários telefonemas para incluir o maior número possível de indivíduos. O poder que atingimos com base no tamanho da amostra ($n = 46$), uma proporção nula de 37%,¹⁹ um alfa de 5%, e a prevalência que descrevemos de 28,3%, foi de apenas 21%. Como este é o primeiro estudo que descreve OA e DN na Colômbia e na América Latina, as informações podem ser úteis para futuros pesquisadores usarem um método diferente de coleta de dados e calcularem um tamanho de amostra com base em nossos resultados.

Pontos Fortes

Até onde temos conhecimento, este é o primeiro estudo na América Latina a avaliar tanto OA quanto DN. Há necessidade de pesquisas sobre esse assunto em todo o mundo. Utilizamos uma ferramenta validada para avaliação da variável desfecho (DN). As entrevistas foram realizadas por médicos residentes, o que proporcionou uma coleta de dados de alta qualidade devido aos desafios de uma pesquisa que inclui o autoexame.

Conclusão

Em nosso estudo, constatamos que a prevalência de DN em pacientes com OA foi próxima de 30%. Sabe-se cada vez mais que a dor associada à OA não é puramente somática. Evidências recentes mostram a existência de alterações do sistema somatossensorial na articulação artrítica. Devido à prevalência de DN nos participantes do nosso estudo, há necessidade de mais pesquisas que investiguem os mecanismos fisiológicos da DN em pacientes com OA. A compreensão das diferenças nos mecanismos da dor permite estratégias direcionadas para vias específicas da dor e permite aos profissionais de saúde prever e compreender melhor a resposta terapêutica do paciente. Portanto, mais estudos

interdisciplinares são necessários para caracterização da DN em indivíduos com OA.

Suporte Financeiro

Este estudo não recebeu financiamento.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Agradecimentos

Os autores agradecem Sohaib Haseeb, Annora Kumar e Dino Ventolini Zuluaga por suas contribuições na edição deste documento.

Referências

- Sen R, Hurley JA. Osteoarthritis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020
- Lane NE, Shidara K, Wise BL. Osteoarthritis year in review 2016: clinical. Osteoarthritis Cartilage 2017;25(02):209–215
- Hunter DJ, Schofield D, Callander E. The individual and socioeconomic impact of osteoarthritis. Nat Rev Rheumatol 2014;10(07):437–441
- Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis care & research (Hoboken) 2020;72(02):149–162
- Hochberg MC, Altman RD, April KT, et al; American College of Rheumatology. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Arthritis Care Res (Hoboken) 2012;64(04):465–474
- Sakuta M. [One hundred books which built up neurology (37)-Charcot JM “Leçons sur les Localisations des Maladies du Cerveau et de la Moelle Epinière faites a la Faculté de Médecine de Paris”(1876-1880)]. Brain Nerve 2010;62(01):90–91
- McDougall JJ, Linton P. Neurophysiology of arthritis pain. Curr Pain Headache Rep 2012;16(06):485–491
- French HP, Smart KM, Doyle F. Prevalence of neuropathic pain in knee or hip osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. Semin Arthritis Rheum 2017;47(01):1–8
- Pain IASo. IASP Terminology. IASP Press. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Neuropathicpain>. Published 1994. Updated 14/12/17. [Accessed 05/01, 2021].
- Thakur M, Dickenson AH, Baron R. Osteoarthritis pain: nociceptive or neuropathic? Nat Rev Rheumatol 2014;10(06):374–380
- van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. Pain 2014;155(04):654–662
- Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, et al. Neuropathic pain. Nat Rev Dis Primers 2017;3:17002
- Weingarten TN, Watson JC, Hooten WM, et al. Validation of the S-LANSS in the community setting. Pain 2007;132(1-2):189–194
- López-de-Uralde-Villanueva I, Gil-Martínez A, Candelas-Fernández P, de Andrés-Ares J, Beltrán-Alacreu H, La Touche R. Validity and reliability of the Spanish-language version of the self-administered Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS) pain scale. Neurologia (Engl Ed) 2018;33(08):505–514 (Engl Ed)
- Vallès J, Guilera M, Briones Z, Gomar C, Canet J, Alonso JARISCAT Group. Validity of the Spanish 8-item short-form generic health-related quality-of-life questionnaire in surgical patients: a population-based study. Anesthesiology 2010;112(05):1164–1174
- Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión (CIE-10), volúmenes 1, 2 y 3 en CD-Rom. Rev Esp Salud Pública 2004;78:647–648
- Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol 2015;14(02):162–173
- Hochman JR, Davis AM, Elkayam J, Gagliese L, Hawker GA. Neuropathic pain symptoms on the modified painDETECT correlate with signs of central sensitization in knee osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage 2013;21(09):1236–1242
- Felson DT. An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis. Radiol Clin North Am 2004;42(01):1–9, v
- Wluka AE, Cicuttini FM, Spector TD. Menopause, oestrogens and arthritis. Maturitas 2000;35(03):183–199
- Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Diez-Perez A, Arden NK. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. Ann Rheum Dis 2014;73(09):1659–1664
- Reginato AM, Riera H, Vera M, et al; Pan-American League of Associations for Rheumatology (PANLAR) Osteoarthritis Study Group. Osteoarthritis in Latin America: Study of Demographic and Clinical Characteristics in 3040 Patients. J Clin Rheumatol 2015;21(08):391–397
- Charles ST, Carstensen LL. Social and emotional aging. Annu Rev Psychol 2010;61:383–409
- Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet 2016;387(10033):2145–2154
- Schaible HG. Osteoarthritis pain. Recent advances and controversies. Curr Opin Support Palliat Care 2018;12(02):148–153
- McDougall JJ, Albacete S, Schuelert N, et al. Lysophosphatidic acid provides a missing link between osteoarthritis and joint neuropathic pain. Osteoarthritis Cartilage 2017;25(06):926–934
- Dimitroulas T, Duarte RV, Behura A, Kitas GD, Raphael JH. Neuropathic pain in osteoarthritis: a review of pathophysiological mechanisms and implications for treatment. Semin Arthritis Rheum 2014;44(02):145–154
- Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. Expert Rev Neurother 2009;9(05):745–758