



Papel del anestesiólogo en el manejo integral del dolor artrítico post-chikungunya: una revisión y propuesta terapéutica

Role of the anesthesiologist in the comprehensive management of post-chikungunya arthritic pain: a review and therapeutic proposal

Dr. Alejandro Valdés Torres ¹. <https://orcid.org/0000-0002-6525-1762>

Dra. Shemanet García Cid ². <https://orcid.org/0000-0001-7199-4696>

Dra. Mirtha Elena Rodríguez Rojas ³. <https://orcid.org/0000-0001-5348-9549>

Dra. Judith Hernández Valdés ⁴. <https://orcid.org/0000-0001-9266-3968>

1.- Especialista de Primer y Segundo Grado Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Vicerrector General, Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Ciego de Ávila, Cuba.

2.- Especialista de Primer Grado en Medicina Familiar. Especialista de Primer y Segundo Grado Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Asistente. Hospital General Provincial Docente “Roberto Rodríguez Fernández”, Morón, Ciego de Ávila, Cuba.

3.- Especialista de Primer Grado en Medicina Familiar. Máster en Educación Médica. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Vicerrectora Académica, Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Cuba.

4.- Doctora en Medicina Veterinaria. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Auxiliar. Investigadora Auxiliar. Directora de Trabajo Educativo y Extensión Universitaria, Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Cuba.

Correo para correspondencia: alexvtcu@gmail.com

Resumen

La chikungunya es una enfermedad febril provocada por un alfavirus que se propaga a través de mosquitos del género Aedes. Se manifiesta inicialmente en una fase aguda, caracterizada por fiebre elevada y poliartralgia severa. Posteriormente, muchos pacientes pueden experimentar una fase crónica, donde hasta un 80% podría desarrollar artritis persistente y debilitante, la cual podría prolongarse durante meses o incluso años. La artritis post-chikungunya (APC) presenta similitudes clínicas y fisiopatológicas con enfermedades reumáticas autoinmunes, resultando en un dolor de naturaleza compleja que integra componentes nociceptivos e inflamatorios, lo que exige un enfoque de



tratamiento especializado. Tradicionalmente, la gestión de esta afección ha estado en manos de especialistas en reumatología y medicina general, quienes han utilizado un enfoque farmacológico que se basa en analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME). No obstante, el rol del anestesiólogo especializado en dolor, dada su experiencia en farmacología avanzada, técnicas de bloqueo nervioso regional, neuromodulación y manejo multimodal, se vuelve fundamental y relevante en la atención integral de estos pacientes. Este artículo revisa las evidencias contemporáneas relacionadas con la APC, evalúa las limitaciones de los tratamientos convencionales y sugiere un protocolo integral y estratificado desde la óptica de la anestesiología, poniendo énfasis en intervenciones como los bloqueos nerviosos guiados por ecografía, la infusión continua de anestésicos locales, el uso racional de fármacos coadyuvantes y la coordinación interdisciplinaria, con el fin de aliviar el dolor, optimizar la función y la calidad de vida, y facilitar el proceso de rehabilitación física.

Palabras clave: anestesia y analgesia; artritis; artralgia; clínicas del dolor; dolor; dolor musculoesquelético; dolor crónico; tratamiento del dolor; Infección por Virus Chikungunya.

Introducción

El virus chikungunya (CHIKV) es un alfavirus de la familia Togaviridae cuyo nombre, derivado de la lengua kimakonde de Tanzania, significa "aquel que se dobla", describiendo gráficamente la postura encorvada de los pacientes aquejados por su síntoma principal: una artralgia intensa y paralizante ³. Desde su reemergencia en 2004, el CHIKV ha causado epidemias masivas a nivel global, con más de 2.6 millones de casos solo en las Américas entre 2013 y 2017, y brotes recientes significativos en países como Paraguay (2023) y la región del Océano Índico (2024-2025) ¹⁰. La enfermedad cursa típicamente en dos fases: una fase aguda (dura hasta 2 semanas) caracterizada por fiebre alta, exantema y poliartritis simétrica severa, y una fase crónica o de artritis post-chikungunya (APC), donde una proporción sustancial de pacientes—con cifras reportadas entre el 30% y más del 80%—continúan sufriendo dolor e inflamación articular persistente más allá de los 3 meses, con casos documentados que perduran por años ⁶.



La carga de la Artritis Post Chicungunya (APC) es profunda. Estudios de cohorte en Colombia han mostrado que hasta 1 de cada 8 pacientes con infección confirmada por CHIKV reportaba dolor articular persistente a los 40 meses (3.3 años) post-infección ⁶. Este dolor crónico no solo es discapacitante, limitando actividades básicas de la vida diaria, el trabajo y la vida familiar, sino que también impone una carga económica significativa a los sistemas de salud. El manejo estándar, guiado por agencias como los CDC y la OMS, se ha centrado en medidas sintomáticas: reposo, hidratación y analgésicos simples como paracetamol, con AINEs para el dolor inflamatorio una vez descartado el dengue ^{3,7}. Para casos persistentes, las guías clínicas, como las brasileñas, sugieren un escalonamiento terapéutico que incluye corticosteroides y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad FARMES convencionales como metotrexato o hidroxiclороquina ⁴.

No obstante, existe una brecha crítica en el manejo integral del dolor en la APC. Los enfoques puramente farmacológicos sistémicos a menudo resultan insuficientes, se asocian a efectos adversos dosis-dependientes (gastrointestinales, renales, hepáticos, inmunosupresión) y no abordan adecuadamente los componentes neuropáticos y sensitivos centrales que pueden desarrollarse en el dolor crónico. Aquí es donde la anestesiología, y en particular la subespecialidad de medicina del dolor, emerge como una disciplina esencial. El anestesiólogo especialista en dolor aporta un conjunto de habilidades únicas y complementarias: un conocimiento profundo de la farmacología de analgésicos, anestésicos locales y coadyuvantes; dominio de técnicas de bloqueo nervioso periférico y central guiado por ecografía para un alivio dirigido; experiencia en el manejo de infusiones continuas; y una visión holística para diseñar planes multimodales que combinen intervenciones farmacológicas, intervencionistas y de rehabilitación. Este artículo tiene como objetivos: (1) revisar la fisiopatología del dolor en la APC, (2) analizar las limitaciones de las terapias actuales, y (3) proponer un marco integral y escalonado de manejo terapéutico desde la perspectiva del anestesiólogo, con el fin de optimizar los resultados clínicos para esta población de pacientes que sufre de manera prolongada.

Desarrollo:



Fisiopatología del Dolor en la Artritis Post-Chikungunya: Bases para una Intervención Dirigida

Comprender los mecanismos del dolor en la APC es fundamental para diseñar terapias efectivas. La evidencia actual sugiere un proceso multifactorial donde convergen componentes inflamatorios, inmunológicos y posiblemente neuropáticos.

- **Persistencia Viral e Inflamación Local:** Aunque no siempre detectable en líquido sinovial en fases tardías, algunos estudios han identificado ARN viral y antígenos en macrófagos del tejido sinovial meses después de la infección aguda ⁶. Esto sugiere que una inflamación persistente impulsada por la presencia viral residual o por sus productos (RNA, proteínas) es un factor clave. Se han documentado elevaciones de citoquinas proinflamatorias como IL-6, MCP-1, MIP-1 β e IL-8 en el contexto de la artritis crónica ⁶. Este entorno inflamatorio sostenido sensibiliza las terminaciones nerviosas nociceptivas periféricas (sensibilización periférica), reduciendo su umbral de activación y contribuyendo al dolor espontáneo y a la hiperalgesia (dolor aumentado ante un estímulo nocivo).
- **Mimetismo Inmunológico y Autoinmunidad:** La similitud clínica y a veces serológica entre la APC y la artritis reumatoide (AR) ha llevado a la hipótesis de un proceso de mimetismo molecular o de una respuesta autoinmune desencadenada por el virus. La activación policlonal de linfocitos B y la generación de autoanticuerpos podrían perpetuar la sinovitis. Este componente justifica el uso de inmunomoduladores y acerca la APC al espectro de las artropatías inflamatorias, donde el control de la actividad de la enfermedad es central para el alivio del dolor ^{1,8}.
- **Sensibilización Central:** El dolor inflamatorio severo y mantenido en el tiempo tiene el potencial de inducir cambios neuroplásticos en el sistema nervioso central (médula espinal y cerebro), un fenómeno conocido como sensibilización central. Esto se traduce en alodinia (dolor por estímulos no nocivos, como el roce de la ropa), expansión del área de dolor, y persistencia del mismo más allá de la resolución del estímulo inflamatorio periférico inicial. Este componente es particularmente relevante para el anestesiólogo, ya que requiere estrategias



farmacológicas (p. ej., gabapentinoides, antidepresivos duales) e intervencionistas (p. ej., neuromodulación) dirigidas específicamente al sistema nervioso central.

Por lo tanto, el dolor en la APC es típicamente de origen mixto: predominantemente nociceptivo-inflamatorio por la sinovitis activa, con un potencial componente neuropático por sensibilización periférica y central. Un manejo exitoso debe abordar todas estas dimensiones.

Limitaciones del Enfoque Farmacológico Sistémico Convencional

El tratamiento estándar actual, aunque válido como primera línea, presenta importantes limitaciones, especialmente para los casos moderados a severos y crónicos:

- **Eficacia Subóptima:** Muchos pacientes no alcanzan un alivio adecuado del dolor con AINEs o corticosteroides orales. Un estudio brasileño reciente (2023) en 133 pacientes con APC mostró que, antes de la atención especializada, el 66.9% ya había usado corticosteroides y el 58.6% analgésicos simples como paracetamol o dipirona, con persistencia de síntomas que motivó la consulta reumatológica ⁴.
- **Efectos Adversos Sistémicos:** El uso prolongado de AINEs conlleva riesgo de gastropatía, nefrotoxicidad y cardiotoxicidad. Los corticosteroides sistémicos, aunque a menudo efectivos a corto plazo, generan efectos metabólicos (hiperglucemia, redistribución grasa), osteoporosis, riesgo infeccioso y supresión adrenal, lo que limita su uso crónico. Los FARMES como el metotrexato requieren monitorización estrecha por sus potenciales efectos hematológicos y hepáticos.
- **Enfoque no Dirigido:** La medicación oral o parenteral sistémica actúa en todo el organismo, exponiendo a todos los tejidos a sus efectos (deseados y adversos), en lugar de concentrar la terapia en las articulaciones dolorosas.
- **Inercia Terapéutica y Fragmentación del Cuidado:** La ausencia de un algoritmo claro que incorpore terapias intervencionistas puede llevar a ciclos repetidos de medicación oral inefectiva, retrasando el alivio significativo y la rehabilitación.

Estrategias Terapéuticas desde la Anestesiología: Un Enfoque Integral y Escalonado



El anestesiólogo especialista en dolor puede integrarse al equipo multidisciplinario (reumatólogo, fisiatra, fisioterapeuta) para ofrecer un arsenal terapéutico dirigido, minimizando los efectos sistémicos. Se propone un algoritmo escalonado:

Fase 1: Evaluación Integral y Optimización Farmacológica Sistémica

1. Evaluación Multidimensional: Utilizar escalas validadas para dolor (EVA), función (HAQ), calidad de vida y detección de componentes neuropáticos (cuestionario DN4).
2. Farmacología Multimodal Racional:
 - Analgésicos de Primera Línea: Paracetamol, respetando la dosis máxima diaria.
 - AINEs Selectivos: Uso limitado en el tiempo, con protección gástrica. Deben ser la base para el componente inflamatorio hasta que los FARME hagan efecto.
 - Corticosteroides Sistémicos: Útiles para brotes o como puente terapéutico, pero se debe buscar una reducción progresiva hasta la dosis mínima efectiva o suspensión, utilizando estrategias de ahorro de esteroides.
 - ARMEs (en coordinación con Reumatología): El metotrexato ha demostrado eficacia. El estudio brasileño de 2023 reportó una mejoría dramática tras 4 semanas de tratamiento con metotrexato (20 mg/semana) y/o leflunomida, con o sin dexametasona oral, mostrando una caída del DAS28-ESR de 6.0 a 2.7 y del dolor en EVA de 81.8 a 13.3⁴. Este control de la actividad de la enfermedad es la piedra angular del manejo a largo plazo.
 - Coadyuvantes para Dolor Neuropático: En pacientes con características de sensibilización central (alodinia, dolor quemante), el anestesiólogo puede introducir gabapentinoides (gabapentina, pregabalina) o antidepresivos duales (duloxetina). La dosis debe titularse lentamente para minimizar efectos como mareo y somnolencia.

Fase 2: Terapias Intervencionistas Dirigidas

Esta es el área de mayor valor agregado del anestesiólogo. Las técnicas se realizan típicamente bajo guía ecográfica, lo que maximiza la precisión y seguridad.

1. Infiltraciones Intraarticulares y Periarticulares:



- Corticoides de Depósito Intraarticular: Inyecciones guiadas por ecografía de esteroides de acción prolongada (p. ej., triamcinolona, metilprednisolona) en articulaciones específicamente inflamadas (muñecas, rodillas, tobillos, interfalángicas). Proporcionan un alto impacto antiinflamatorio local con mínima exposición sistémica. Son ideales para artritis oligoarticulares o como complemento al tratamiento sistémico en articulaciones rebeldes.
 - Anestésicos Locales: El uso de anestésicos locales (lidocaína, bupivacaína) permite un alivio diagnóstico y terapéutico inmediato, "rompiendo" el ciclo de dolor y facilitando la fisioterapia.
2. Bloqueos Nerviosos Regionales:
- Para dolor en extremidades superiores (hombro, codo, muñeca/mano): Bloqueos del plexo braquial a nivel interesternal, supraclavicular o axilar.
 - Para dolor en extremidades inferiores (cadera, rodilla, tobillo/pie): Bloqueos del plexo lumbar, femoral, ciático o poplíteo.

Beneficios: Proporcionan analgesia superior y prolongada en comparación con analgésicos orales, permiten una rehabilitación física agresiva sin dolor y pueden tener un efecto.

3. Técnicas de Infusión Continua:

- Catéteres Perineurales Continuos: Colocación de un catéter fino junto a un nervio principal, conectado a una bomba de infusión portátil que administra anestésico local de forma continua durante varios días. Es revolucionario para el dolor articular severo y generalizado en una extremidad, permitiendo analgesia prolongada y rehabilitación intensiva en el domicilio.
- Bombas de Infusión Subcutánea: Para la administración continua de medicamentos como la ketamina subanestésica, que tiene propiedades analgésicas y potencialmente moduladoras del dolor central.

Fase 3: Técnicas Avanzadas de Neuromodulación

Reservadas para los casos más severos, refractarios a las terapias anteriores, y con fuerte componente de sensibilización central.



1. Estimulación de la Médula Espinal (EME): Implante de un electrodo en el espacio epidural que emite impulsos eléctricos de baja intensidad, inhibiendo la transmisión de señales de dolor hacia el cerebro. Muy útil para dolor crónico generalizado o en múltiples extremidades.
2. Estimulación de Nervios Periféricos (ENP): Similar a la EME, pero el electrodo se coloca junto a un nervio periférico clave que inerva una articulación dolorosa específica.

Propuesta de un Algoritmo Clínico Integrado y Estratificado

- Evaluación Inicial Multidisciplinaria: Es el punto de partida imprescindible para establecer el diagnóstico, la actividad de la enfermedad y los objetivos de tratamiento. La decisión de iniciar FARMES (como metotrexato) debe ser tomada en esta fase, idealmente por un reumatólogo ^{1, 4}.
- Integración del Anestesiólogo (Fase 2): Se activa cuando el dolor no está adecuadamente controlado con la terapia de base, o cuando es tan severo que impide la función y la rehabilitación. Las técnicas intervencionistas no sustituyen a los FARMES, sino que son un complemento sinérgico para un control rápido y efectivo del dolor, actuando como un "puente analgésico" mientras los FARMES alcanzan su efecto pleno (que puede tardar semanas).
- Secuencia de Técnicas: Se inicia con las intervenciones menos invasivas y más dirigidas (infiltraciones articulares). Si el dolor es más difuso en una extremidad, se escalan los bloqueos nerviosos regionales. Para los casos más complejos, las infusiones continuas o la neuromodulación (Fase 3) pueden ser opciones transformadoras.
- Rehabilitación como Objetivo Central: Todas las fases del algoritmo deben tener como meta final facilitar la movilización y la fisioterapia. El alivio del dolor no es un fin en sí mismo, sino un medio para recuperar la función. La analgesia proporcionada por bloqueos o infusiones debe ser aprovechada para realizar sesiones intensivas de rehabilitación.



La artritis post-chikungunya representa un desafío clínico significativo de dolor crónico discapacitante, con una fisiopatología compleja que combina inflamación persistente, posible autoinmunidad y sensibilización del sistema nervioso. Los enfoques terapéuticos tradicionales, basados casi exclusivamente en fármacos sistémicos, son frecuentemente insuficientes y se acompañan de efectos adversos limitantes.

En este contexto, el anestesiólogo especialista en manejo del dolor debe ser reconocido como un miembro fundamental del equipo multidisciplinario que atiende a estos pacientes. Su expertise permite implementar un modelo de atención integral y escalonado que va más allá de la prescripción oral:

- Complementa y Potencia la terapia de base con FARMES, proporcionando un alivio rápido y efectivo del dolor mediante técnicas intervencionistas dirigidas.
- Minimiza la exposición sistémica a fármacos como los corticosteroides, localizando su acción donde se necesita.
- Aborda los diferentes componentes del dolor (nociceptivo, inflamatorio, neuropático) con un arsenal terapéutico diverso que incluye desde infiltraciones guiadas hasta avanzadas técnicas de neuromodulación.
- Facilita de manera crucial la rehabilitación física, al convertir las sesiones de terapia de movimiento de experiencias dolorosas en oportunidades efectivas para la recuperación funcional.

Conclusiones:

La propuesta de un algoritmo integrado, donde las intervenciones del anestesiólogo se activan de forma temprana en los casos de dolor moderado-severo o refractario, promete mejorar sustancialmente los resultados en términos de alivio del dolor, recuperación funcional y calidad de vida. Se necesitan más estudios prospectivos que evalúen específicamente el impacto de estas técnicas intervencionistas sobre los desenlaces a largo plazo en la APC. No obstante, la evidencia disponible en el manejo del dolor crónico de otras etiologías, sumada a los datos alentadores sobre el control farmacológico de la sinovitis en la APC, respaldan firmemente la incorporación proactiva de la anestesiología



en el camino hacia un manejo verdaderamente integral y efectivo de esta secuela devastadora de la infección por chikungunya.

Referencias Bibliográficas:

1. World Health Organization. Chikungunya Fact Sheet [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/chikungunya>.
2. Staples JE, Hills SL, Powers AM. Chikungunya. In: CDC Yellow Book 2026: Health Information for International Travel. New York: Oxford University Press; 2025.
3. Chang AY, Encinales L, Pacheco N, et al. Chronic Joint Pain 3 Years after Chikungunya Virus Infection in a Colombian Cohort. *J Rheumatol*. 2021;48(7):1267-1274. doi:10.3899/jrheum.190162
4. Centers for Disease Control and Prevention. Síntomas, diagnóstico y tratamiento del virus del chikungunya [Internet]. 2024 [cited 2025 Dec 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/chikungunya/es/symptoms-diagnosis-treatment/sintomas-diagnostico-y-tratamiento.html>
5. de Araújo F, de Oliveira M, de Castro J. Therapy for Chikungunya Arthritis: A Study of 133 Brazilian Patients. *Am J Trop Med Hyg*. 2023;109(3):542-547. doi:10.4269/ajtmh.23-0205
6. Abud-Mendoza C, Aceves-Ávila FJ, Arce-Salinas CA, et al. Actualización de las Guías para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología 2023. *Reumatol Clin*. 2024;20(5):263-280. doi:10.1016/j.reuma.2024.01.159
7. Bohórquez C, Turrión A, Movasat A, Álvarez Mon M. Actualización en el tratamiento de la artritis reumatoide. *Med Clin (Barc)*. 2022;158(9):438-446. doi:10.1016/j.medcli.2021.10.012
8. Anesthesia and Pain Medicine. Instructions for Authors [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 13]. Available from: <https://www.anesth-pain-med.org/authors/authors.php>