

Síndrome de dolor regional complejo sin causa aparente. A propósito de un caso

C. CALVO-GARCÍA, M. ESCUDERO-SOCORRO Y A. GÓMEZ-GARCÍA

Servicio de Rehabilitación. Hospital General de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Resumen.—El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) es una entidad nosológica que cursa con dolor, inestabilidad vasomotora y limitación funcional, cuya etiología no está aún demostrada; con frecuencia se produce después de un traumatismo. Se caracteriza por dolor, y el cuadro se puede agravar con inflamación, tumefacción, alteraciones cutáneas, cambios de color y claudicación. La gammagrafía con tecnecio-99 es una prueba sensible, sin embargo no existe una prueba específica para el diagnóstico certero; hoy en día se han descrito numerosas escalas cuyos criterios permiten llegar a un diagnóstico probable. El tratamiento del SDRC debe ser introducido lo antes posible; se plantea en varios escalones: farmacológico, bloqueos nerviosos, simpatectomía, estimulación medular, infusión intratecal, acompañados de rehabilitación y en algunos casos de psicoterapia.

Se describe el caso de una mujer de 38 años que sin causa previa desarrolla un SDRC. Asimismo se hace una revisión bibliográfica de esta enfermedad.

Palabras clave: *síndrome de dolor regional complejo, distrofia simpático refleja, criterios diagnósticos.*

THE COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME WITH NO APPARENT CAUSE. A CASE REPORT

Summary.—The Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) is a nosological entity characterized by the presence of pain, vasomotor instability and limitation of the normal function, whose etiology has still not been demonstrated, al-

though it usually occurs after a traumatic injury. It is defined by the presence of pain and its picture may become worse with inflammation, swelling, skin abnormalities, changes in color and limp. The ⁹⁹Tc-scintigraphy is a sensitive diagnostic test. However, there is no specific test for its diagnosis. Nowadays, several scales have been described whose criteria make it possible to reach a probable diagnosis. Treatment of CRPS must be begun as soon as possible. Several steps are proposed: pharmacological treatment, neural blockade, sympathectomy, spinal cord stimulation, intrathecal drug delivery accompanied by rehabilitation and in some cases psychotherapy.

We describe the case of a 38-year-old woman with no previous factors who develops CRPS. We present a bibliographic review on this disease.

Key words: *complex regional pain syndrome, reflex sympathetic dystrophy, diagnostic criteria.*

INTRODUCCIÓN

La distrofia simpático refleja es una alteración regional dolorosa neuropática, con una incidencia de 2-5 %, cuya edad media de aparición oscila entre los 32 y 42 años, predominantemente en mujeres, estando con mayor frecuencia implicadas las extremidades superiores; suele ser de predominio unilateral. Su valoración es complicada debido a la complejidad del diagnóstico, en los últimos años se ha incluido en la clasificación de síndromes de dolor crónico de la *International Association for Study of Pain (IASP)*¹⁻³ bajo el término de síndrome de dolor regional complejo (SDRC), definido como variedad de condiciones dolorosas de localización regional, posteriores a una lesión, que presentan predominio distal, de síntomas anormales, excediendo en magnitud y duración al curso clínico esperado del incidente inicial, ocasionando con frecuencia un deterioro motor importante, con una progresión variable en el

Correspondencia:

M^l Consuelo Calvo García.
Servicio de Rehabilitación.
Hospital General de Gran Canaria Dr. Negrín.
C/ Barranco de la Ballena, s/n.
35010 Las Palmas de Gran Canaria. España.
Correo electrónico: chelocalvo75@hotmail.com

Trabajo recibido el 17-11-08. Aceptado el 2-4-09.

tiempo. Sus manifestaciones clínicas tanto en la forma sin lesión nerviosa, tipo 1 (antigua distrofia simpático refleja), o con ella, tipo 2 (antigua causalgia), pueden ser muy variadas. En la etiología del SDRC se han descrito numerosos factores desencadenantes, entre ellos los traumatismos, las inmovilizaciones, las intervenciones quirúrgicas, las enfermedades neurológicas, cardiovasculares, iatrógena e idiopática; algunos autores sugieren que existe mayor predisposición a desencadenar o agravar un SDRC en aquellas personas con tendencia a padecer determinados factores psicosociales, como la ansiedad o la depresión.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 38 años, trabajadora en hostelería, sin antecedente traumático ni similar, que estando previamente bien, comenzó con dolor en primer dedo de pie derecho acompañado de enrojecimiento, cojera, fiebre de 38° C y gonalgia derecha. La fiebre cedió en pocos días, persistiendo el dolor de características mixtas. En la exploración inicial presentaba alodinia en primer dedo de pie, hiperalgesia, edema difuso, sudoración y limitación funcional. Ante la presencia de estos síntomas, y sin antecedente traumático o similar previo, se solicita hemograma, bioquímica, reactantes de fase aguda, tirotropina (TSH), factor reumatoide (FR) y anticuerpos antinucleares (ANA), cuyos resultados fueron normales; la radiografía del pie no presentó alteraciones, en la resonancia magnética nuclear (RMN) del mismo se describía un edema de partes blandas y del sesamoideo interno. La gammagrafía ósea informó tanto en fase vascular como ósea, una leve disminución de captación en pie derecho, relacionada con un SDRC en fase atrófica, el electroneurograma de miembros inferiores (MMII) no demostró lesión de nervio periférico; asimismo, se descartó patología vascular. En función de la historia clínica y las pruebas realizadas se concluyó en el diagnóstico de SDRC tipo 1 y se procedió a su tratamiento.

Durante este periodo recibió tratamiento con prednisona oral, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y gabapentina, pero no refirió mejoría. Ante la persistencia de los síntomas se administró prednisona 30 mg/día y pamidronato (bifosfonato) 90 mg por vía intravenosa; se relató mejoría tras la primera infusión, no en cambio en las siguientes. Posteriormente, y acompañando al tratamiento médico, se remitió a Rehabilitación, donde se confirmó la presencia de hipersensibilidad y alodinia en primer y segundo dedo del pie acompañado de sudoración en cara plantar, tobillo en flexión plantar de 15° reductible y doloroso, sin llegar a ortoposición activa, balance muscular de flexores plantares 1/5, peroneos y flexores dorsales 0/5; la exploración de la rodilla fue normal, los pulsos perifé-

cos estaban conservados y marchaba con cojera. El tratamiento rehabilitador consistió en dos fases: los primeros 4 meses la paciente recibió una sesión diaria de 50 min, se aplicó US puls, MST de drenaje (al mes de iniciar el tratamiento), TENS, cinesiterapia asistida, TFNP, baños de contraste, y previa y posteriormente a la sesión se pautó férula tipo rancho de los amigos. En la segunda fase, del cuarto al sexto mes, se aplicaron sesiones de 45 min a días alternos, US puls con cinesiterapia activa asistida, TFNP, marcha en paralelas y en escaleras. La desaparición de los síntomas fue definitiva con el tratamiento médico, la aplicación de 6 bloques simpáticos y la rehabilitación.

DISCUSIÓN

El SDRC es una entidad nosológica infradiagnosticada. En el caso presentado, la paciente relata síntomas que son desproporcionados y aparecen espontáneamente sin un evento precipitante definido. En la bibliografía revisada no hemos encontrado ningún SDRC de causa idiopática, creemos que probablemente estos casos pasen desapercibidos y no lleguen nunca a ser publicados, de ahí que algunos autores aseguren que lo más importante a la hora de enfrentarse a este síndrome es tenerlo en cuenta.

El diagnóstico⁴ es fundamentalmente clínico, ya que no existe un marcador biológico o una prueba específica que la identifique, para ello se han publicado⁵ desde 1987 hasta nuestros tiempos⁶ distintos criterios basados fundamentalmente en la clínica. Aunque en la actualidad no existe consenso⁷ para la utilización preferente de uno de ellos, los más aceptados son los propuestos por Doury en 1987 (tabla 1), o más recientemente los de la IASP⁸ en 1993 (tabla 2); otros, como los criterios definidos por Wilson en 1989 (tabla 3), se apoyan en las pruebas complementarias; los hallazgos más frecuentes que se pueden encontrar en ellas son: en la radiología simple se observa una osteopenia en parche, la gammagrafía ósea, con pernectato de tecnecio-99m, en fase temprana suele ser anormal, otras son la termografía infrarroja, la densitometría, la biopsia sinovial, pruebas de laboratorio, electromiografía (permite confirmar el SDRC tipo 2), la prueba del sudor y la de fentolamina, la RMN y la tomografía axial computarizada. Para la valoración de nuestro caso se realizó un diagnóstico por exclusión y se verificó el SDRC apoyándonos en los criterios de Wilson; en nuestra paciente se cumplían al menos 6 de los criterios, por lo que el diagnóstico de SDRC 1 era probable, y con los de la IASP el SDRC se confirmaba.

El diagnóstico diferencial habrá que realizarlo con cualquier problema que ocasione dolor crónico con síntomas comunes con el SDRC, en este caso las pruebas complementarias pueden ayudar al diagnóstico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4085179>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4085179>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)