

Caso Clínico

SINDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO TIPO 1

Romina Glizt¹, Pedro Babak¹, Gabriela Ávila-Pedretti¹, Sonia Cabrera-Villalba¹, Pedro Delgadillo¹, Gabriel Elizaur¹, Ernesto Paredes¹, Zoilo Morel¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Asunción, Paraguay

RESUMEN

Fecha de envío

05/12/2018

Fecha de aprobación

10/12/2018

Palabras claves

Síndrome de dolor regional complejo, tipo 1, dolor, distrofia simpático refleja

Autor para correspondencia

Correo electrónico:
romi_glizt@hotmail.com
(R. Glizt)

El Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) tipo 1 presenta dolor de tipo neuropático, regional, que generalmente sigue a un traumatismo. Clínicamente se caracteriza por dolor ardiente, síntomas vasomotores y deterioro funcional. Presentamos el caso de una mujer de 67 años de edad, con dolor, edema y disminución de la movilidad del miembro superior derecho, sin causa aparente. El diagnóstico del SDRC es clínico, en base a una alta sospecha. Los estudios complementarios son importantes para descartar otras causas. Debe abordarse en forma multidisciplinaria, a fin de diagnosticar y tratar en la brevedad posible, sumando tratamiento farmacológico, psicológico y fisioterapéutico.

COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME TYPE 1. CASE STUDY

ABSTRACT

Keywords

Complex regional pain syndrome, type 1, pain, reflex sympathetic dystrophy

Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) type 1 presents with neuropathic and regional pain, usually following trauma. Clinically it is characterized by burning pain, vasomotor symptoms and functional deterioration. We present the case of a 67-year-old woman with painful swelling and decreased mobility of the right upper limb without apparent cause. The diagnosis of CRPS is clinical, based on a high index of suspicion. Complementary studies are important to rule out other causes. It requires multidisciplinary management, in order to diagnose and treat as soon as possible, integrating pharmacological, psychological and physiotherapeutic treatment.

Corresponding author

Email:
romi_glizt@hotmail.com
(R. Glizt)

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de dolor regional complejo (SDRC) tipo I, también es conocido como Distrofia simpática refleja, algodistrofia, osteoporosis transitoria o postraumática, atrofia de Sudeck. Se distinguen dos tipos de SDRC, donde la diferencia entre el tipo I y el tipo II (“causalgia”) radica en la presencia de lesión de un nervio periférico en la última¹⁻².

El SDRC presenta dolor de tipo neuropático, regional, que generalmente sigue a un traumatismo o cirugía regional. Clínicamente se caracteriza por dolor ardiente, síntomas vasomotores y deterioro funcional. Es más

frecuente en mujeres, alrededor de los 50-70 años. La ocurrencia es rara o subestimada en niños²⁻⁴.

Presentamos el caso de una paciente con SDRC, con buena respuesta a fisioterapia y bifosfonato.

CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años, hipertensa conocida, consulta por dolor y edema de miembro superior derecho, de 6 meses de evolución. El dolor es de tipo punzante,



Figura 1 Edema de miembro superior derecho evidenciado clínicamente y por Radiografía.

continuo en todo el miembro superior derecho, sin irradiación, con alodinia; 2 meses después se agrega cambios de temperatura, con frialdad de dicho miembro, y disminución progresiva de la movilidad. Niega traumatismo, cirugía u otra enfermedad concomitante. Niega parestesias. Antecedentes familiares: padre con melanoma, abuela materna con tumor óseo, abuela paterna con cáncer de mama. Examen físico: asimetría de miembros superiores, con edema de miembro superior derecho (Figura 1), disminución de la temperatura comparada con el miembro opuesto, alodinia al tacto ligero, alteraciones tróficas en la piel con piel lisa brillante. Pulsos distales presentes. Laboratorio: normal. Se descarta trombosis por ecografía-doppler. Se realizó screening oncológico sin evidencia de alteraciones (Mamografía, estudios ginecológicos). Gammagrafía ósea: lesiones óseas en columna vertebral, ambos tarsos, compatibles con enfermedad poliarticular degenerativa. Recibió 20 sesiones de fisioterapia y drenaje linfático, mas Ácido Zoledrónico 5mg EV 1 dosis, con mejoría total del dolor y parcial del edema.

DISCUSIÓN

La etiología y la fisiopatología del SDRC son controvertidas y están en investigación. Actualmente existen varios conceptos sobre la etiología del SDRC, con asociación en mayor o menor medida de la misma: 1) el resultado de un proceso inflamatorio, 2) un trastorno simpático mediado, 3) La sensibilización central es un factor determinante, 4) es una condición autoinmune, 5) Resulta de la reorganización cortical, 6) consecuencia de la isquemia en las extremidades o lesión por isquemia de reperusión, 7) puede ser debido a daño directo de los nervios periféricos, 8) la inflamación neurogénica puede explicarla⁵. En este caso, no encontramos causa asociada aparente.

A localización del dolor es más frecuente en miembros superiores. En cambio, en niños es mayor en miembros inferiores⁶.

El diagnóstico es clínico, y actualmente se utilizan los criterios de Budapest (Fig. 2)⁵⁻⁷, los cuales cumplen nuestra paciente.

Figura 2 Criterios de diagnóstico de Budapest (A-D se deben cumplir)⁵⁻⁷.

Categoría		Signo (el médico puede sentir o ver el problema)	Síntoma (el paciente reporta el problema)
A El paciente tiene un dolor continuo que es desproporcionado al evento incitante <input type="checkbox"/>			
1. Sensorial	Alodinia (al tacto ligero y / o temperatura). Sensación y / o presión somática profunda y / o articular (movimiento) a y / o hiperalgesia (pinchazo) b	<input type="checkbox"/>	Hiperestesia también califica como síntoma <input type="checkbox"/>
2. Vasomotor	Asimetría de la temperatura y / o cambios en el color de la piel y / o asimetría del color de la piel	Si notas asimetría en la temperatura : debe ser > 1 ° C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sudomotor/edema	Edema y / o cambios en la sudoración cambios y / o asimetría en la sudoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Motor/trofico	Disminución de la amplitud de movimiento y / o disfunción motora. (debilidad, temblor, distonía) y / o cambios tróficos (pelo / uñas / piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B El paciente tiene al menos un signo en dos o más de las categorías.		<input type="checkbox"/>	
C El paciente informa al menos un síntoma en tres o más de las categorías.		<input type="checkbox"/>	
D Otro diagnóstico no puede explicar mejor los signos y síntomas. c		<input type="checkbox"/>	

Figura 2: Criterios de diagnóstico de Budapest (A-D se deben cumplir)⁵⁻⁷.

Tenga en cuenta que es posible distinguir entre SDRC-1 (sin daño importante a los nervios) y SDRC-2 [asociado con (aunque sin causar) daño a un nervio, una muy rara presentación], pero actualmente no hay evidencia de que esta distinción tenga alguna consecuencia para el tratamiento.

a-Alodinia: el concepto de que se trata de una sensación dolorosa a una serie de estímulos normalmente no dolorosos se encuentra en revisión. Algunos expertos sugieren que el término alodinia debe reservarse solo para dolor evocado por pinceladas-golpe (alodinia mecánica dinámica). b-La hiperalgesia es un dolor exagerado a un estímulo doloroso como un pinchazo. c-Por ejemplo, los marcadores inflamatorios sistémicos elevados no están asociados con el SDRC, incluso en la inflamación inicial; tal hallazgo de marcadores en relieve llevaría a la búsqueda de una causa alternativa o concomitante. Estudios de conducción nerviosa anormal no excluyen el SDRC, pero debe aclararse la causa principal de la anomalía observada: el SDRC, por la definición es siempre secundaria, su presencia no puede explicar un daño nervioso importante.

El SDRC se inicia generalmente de forma insidiosa, con una evolución crónica, como el caso de nuestra paciente. Es más frecuente en personas perfeccionistas y trabajadoras, pudiendo surgir después de un estrés importante. La mayoría de los autores asumen que en pacientes con SDRC, los trastornos psicológicos y los cambios en el comportamiento de los pacientes son, en mayor medida, una consecuencia del dolor y

se informa que los trastornos psiquiátricos ya habían sido diagnosticados antes⁸.

Los medios complementarios de diagnóstico ayudan a excluir patologías vasculares, infecciosas, reumáticas, oncológicas, neurológicas. La radiografía ósea y la densitometría ósea evidencian desmineralización y ayudan al diagnóstico⁹. La gammagrafía en tres fases con tecnecio-difosfonato muestra aumento anormal del flujo sanguíneo regional precoz con hiper captación ósea. La ecografía musculoesquelética en el SDRC puede demostrar un trastorno estructural de la musculatura afectada, en forma global o variable, con pérdida de masa muscular, además de edema muscular en algunos pacientes¹⁰. En la paciente, en la Rx del miembro afecto se constata el edema del tejido celular.

El diagnóstico diferencial depende del estadio evolutivo del SDRC, entre los que se mencionan: Trombosis venosa profunda, Tromboflebitis, Celulitis, Linfedema, Insuficiencia vascular, Síndrome del desfiladero torácico, Artritis infecciosa, Artritis Reumatoidea, Artropatía inflamatoria, Enfermedad de Dupuytren, entre otros.

El tratamiento debe ser multidisciplinario e individualizado. La fisioterapia, la hidroterapia y el tratamiento de la depresión son eficaces. También se utilizan bifosfonatos, calcitonina, estimulación eléctrica medular, bloqueo anestésico, anti-TNF alfa, analgésicos (AINES, opioides, antiepilépticos como gabapentina, anestésicos), toxina botulínica intramuscular, con diferentes resultados^{5,11-16}. Este caso, la paciente obtuvo una evolución favorable con ácido zoledrónico, fisioterapia y drenaje linfático.

En conclusión, el Síndrome de Dolor Regional Complejo exige un alto grado de sospecha para el diagnóstico. Debe abordarse en forma multidisciplinaria, a fin de diagnosticar y tratar en la brevedad posible, sufriendo tratamiento farmacológico, psicológico y fisioterapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stanton-Hicks M, Jänig W, Hassenbusch S, Haddock JD, Boas R, Wilson P. Reflex sympathetic dystrophy: Changing concepts and taxonomy. *Pain*. 1995;63:127-33.
2. Rho RH, Brewer RP, Lamer TJ, Wilson PR. Complex regional pain syndrome. *Mayo Clinic Proc* 2002;77(2):174-180.
3. Brunner F, Bachmann LM, Perez RSGM, Marinus J, Wertli MM. Painful swelling after a noxious event and the development of complex regional pain syndrome 1: A one-year prospective study. *Eur J Pain* 2017;21:1611-17.
4. Badri T, Ben Jennet S, Fenniche S, Benmously R, Mokhtar I, Hammami H. Reflex sympathetic dystrophy syndrome in a child. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat*. 2011;20:77-9.
5. A Goebel. Complex regional pain syndrome in adults. *Rheumatology* 2011;50:1739-50.
6. Lotito APN, Campos LMMA, Dias MHP, SILVA CAA: Distrofia Simpática Reflexa. *J. Pediátrico (Rio J)* 2004;80(2):159-62.
7. Harden RN, Bruehl S, Stanton-Hicks M, Wilson PR. Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome. *Pain Med* 2007;8:326-31.
8. Brinkers M, Rumpelt P, Lux A, Kretzschmar M, Pfau G. Psychiatric Disorders in Complex Regional Pain Syndrome (CRPS): The Role of the Consultation-Liaison Psychiatrist. *Pain Research and Management* 2018:1-8. <https://doi.org/10.1155/2018/2894360>.
9. Mallard S, Davies K, Khubchandani R, Woo P. Reflex Sympathetic Dystrophy: A Multidisciplinary Approach. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 2004;51(2):284-290.
10. Vas L, Pai R. Musculoskeletal Ultrasonography to Distinguish Muscle Changes in Complex Regional Pain Syndrome Type 1 from Those of Neuropathic Pain: An Observational Study. *Pain Pract*. 2016 Jan;16(1):E1-E13.
11. Oerlemans HM, Oostendorp RA, de Boo T, Goris RJ. Pain and reduced mobility in complex regional pain syndrome I: outcome of a prospective randomised controlled clinical trial of adjuvant physical therapy versus occupational therapy. *Pain* 1999;83:77-83.
12. Duman I, Ozdemir A, Tan AK, Dincer K. The efficacy of manual lymphatic drainage therapy in the management of limb edema secondary to reflex sympathetic dystrophy. *Rheumatol Int*. 2009 May;29(7):759-63.
13. Varenna M. Bisphosphonates beyond their anti-osteoclastic properties. *Rheumatology* 2014;53:965-7.
14. Visnjevac O, Costandi S, Patel BA, Azer G, Agarwal P, Bolash R, Mekhail NA. A Comprehensive Outcome-Specific Review of the Use of Spinal Cord Stimulation for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain Pract*. 2017 Apr;17(4):533-545.
15. Eisenberg E, Sandler I, Treister R, Suzan E, Haddad M. Anti tumor necrosis factor - alpha adalimumab for complex regional pain syndrome type 1 (CRPS-I): a case series. *Pain Pract*. 2013 Nov;13(8):649-56.
16. Kharkar S, Ambady P, Venkatesh Y, Schwartzman RJ. Intramuscular botulinum toxin in complex regional pain syndrome: case series and literature review. *Pain Physician*. 2011 Sep-Oct;14(5):419-24.