

Distrofia Simpático Refleja Tipo I, Sudeck o algodistrofia: Reporte de un caso

Alvizo-Pérez María Elena, Gallardo-Martínez Edgar Ramón, Rodríguez-Aceves Gerardo

Autor para correspondencia

Alvizo Pérez María Elena, Servicio de Clínica del Dolor, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Domicilio: Hospital # 278 Col. Centro, CP. 44280 Guadalajara Jalisco, México. Contacto al correo electrónico: marie12_alvizo@hotmail.com,

Palabras clave: Causalgia, diagnóstico temprano, distrofia simpática refleja, síndrome doloroso, Sudeck.

Keywords: Causalgia, Early diagnosis, Pain Syndromes, Reflex Sympathetic Dystrophy, Sudeck.

REVISTA MÉDICA MD, Año 8, número 3, febrero - abril 2017, es una publicación trimestral editada por Roberto Miranda De La Torre, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. www.revistamedicamd.com, md.revistamedica@gmail.com. Editor responsable: Javier Soto Vargas. Reservas de Derecho al Uso Exclusivo No. 04-2013-091114361800-203. ISSN: 2007-2953. Licitud de Título y Licitud de Contenido: en Trámite. Responsable de la última actualización de este número: Comité Editorial de la Revista Médica MD, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. Fecha de última modificación 30 de abril de 2017.





Distrofia Simpático Refleja Tipo I, Sudeck o algodistrofia: Reporte de un caso

Alvizo-Pérez ME, Gallardo-Martínez ER, Rodríguez-Aceves G

Resumen

La Distrofia Simpático Refleja (DSR) es una condición de dolor crónico desproporcionado en magnitud y duración respecto al curso típico del dolor posterior a un trauma, cirugía o lesión que usualmente inicia en una extremidad. La IAPS (International Association for the Study of Pain) la subdivide en: tipo I (Sudeck), en el que no se identifica ninguna lesión nerviosa y tipo II (Causalgia), en la que se objetiva lesión nerviosa siendo el diagnóstico fundamentalmente clínico.

Esta condición se caracteriza por sensibilización periférica y central, cambios autonómicos, alteraciones inflamatorias e inmunes. La función excesiva del sistema nervioso simpático y el acoplamiento simpático-aférente juegan un papel clave, siendo éstas las razones por la cual un bloqueo de ganglio simpático reduce los síntomas. Revisiones de los ensayos controlados aleatorios sugieren que la terapia física y ocupacional (incluyendo imágenes motoras graduadas y terapia de espejo), bifosfonatos, calcitonina, ketamina intravenosa subanestésica, eliminadores de radicales libres, corticosteroides orales y estimulación de la médula espinal pueden ser tratamientos efectivos. La mayoría de los casos resuelven en el primer año, aquellos que no progresan a una forma crónica. Se presenta el caso de una paciente con dolor crónico en quien se diagnosticó DSR posterior a un traumatismo y cirugía.

Palabras clave: *Causalgia, diagnóstico temprano, distrofia simpática refleja, síndrome doloroso, Sudeck.*

Reflex Sympathetic Dystrophy Type I, Sudeck or algodystrophy: a case report

Abstract

Reflex Sympathetic Dystrophy is a chronic pain condition that is disproportionate in magnitude or duration to the typical course of pain after similar tissue trauma, surgery or other injuries; usually beginning in a distal extremity. The IAPS (International Association for the Study of Pain) subdivides it into: type I (Sudeck), in which no nerve injury is identify and type II (Causalgia) in which we do detect nerve damage, the diagnostic is fundamentally clinical.

Is characterized by peripheral and central sensitization, autonomic changes, inflammatory and immune alterations. Excessive function of the sympathetic nervous system and possible sympatho-afferent coupling plays a key role and this was the rationale for using sympathetic ganglion blocks to reduce the symptoms. Reviews of available randomized trials suggest that physical and occupational therapy (including graded motor imagery and mirror therapy), bisphosphonates, calcitonin, subanesthetic intravenous ketamine, free radical scavengers, oral corticosteroids, and spinal cord stimulation may be effective treatments. Many cases resolve within the first year, with a smaller subset progressing to the chronic form. We present the case report of a female patient with chronic pain who was diagnosed with RSD after a trauma and surgery.

a. Servicio de Clínica del Dolor Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México.

Autor para correspondencia

Alvizo Pérez María Elena, Servicio de Clínica del Dolor, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Domicilio: Hospital # 278 Col. Centro, CP. 44280 Guadalajara Jalisco, México. Contacto al correo electrónico: marie12_alvizo@hotmail.com

Keywords: *Causalgia, Early diagnosis, Pain Syndromes, Reflex Sympathetic Dystrophy, Sudeck.*

Introducción

La Distrofia Simpática Refleja (DSR), es una enfermedad osteomuscular crónica caracterizada por un conjunto de entidades nosológicas que se manifiestan en 7% de los pacientes que sufren una fractura, cirugía o lesión. Se caracteriza por dolor intenso, hiperestesia, hiperalgesia, alodinia, déficit sensorial, trastorno hemisensorial, hipoestesia, tumefacción, sudoración normal, cambios cutáneos (palidez, fibrosis, hiperqueratosis, piel brillante y fina, cambios de temperatura y coloración, etc.), atrofia muscular, ósea y alteraciones tróficas.¹⁻³ Un estudio retrospectivo de 106 pacientes reportó que la extremidad superior se ve afectada en el 61,3 % de los casos, mientras que el resto ocurre en las extremidades inferiores.⁴ Durante la etapa avanzada de dicha enfermedad, el paciente puede experimentar serios problemas psicológicos, dependencia a los narcóticos, o puede llegar a estar completamente invalidado por la enfermedad por lo que el tratamiento en estado avanzado es difícil y complejo.^{5,6}

Presentación del caso

Se trata de paciente femenino de 36 años de edad quien se presentó al Servicio de Clínica del Dolor del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, por cuadro de dolor de 1 año de evolución. El cual se presentaba de forma continua, era de tipo ardoroso acompañado ocasionalmente de parestesias y se localizaba sobre miembro pélvico derecho desde la articulación de la cadera hasta los ortejos con intensidad valorada por EVA de 8/10. Este, interfería con la realización de sus actividades diarias, así como con el patrón de sueño; se agravaba por el roce de la ropa, cambios de temperatura y no tenía mejoría con la administración de analgésicos. Dicho dolor fue precipitado después de un accidente automovilístico y cirugía de colocación de injerto en rodilla derecha.

A la inspección de miembros pélvicos se observó disminución de la masa muscular del miembro pélvico derecho en comparación con el miembro contralateral, alodinia dinámica con disminución de la temperatura de la extremidad, fuerza disminuida 3/5, ROTS normales y pulsos periféricos adecuados.

Discusión

Se han intentado elaborar criterios diagnósticos estandarizados que faciliten el diagnóstico y tratamiento dada la dificultad que entraña el manejo de esta entidad, siendo actualmente los más aceptados los de Kozin y los de la IASP.

Referencias bibliográficas

- 1.Rho RH, Brewer RP, Lamer TJ, Wilson PR. Complex regional pain syndrome. *Mayo Clin Proc* 2002; 77:174-80.
- 2.Ribera MV. Síndrome de dolor regional complejo tipo I y II. *Dolor*. 2003; 18:83-4.
- 3.Stephen Bruehl. Complex regional pain syndrome. *BMJ* 2015;350:h2730 doi: 10.1136/bmj.h2730
- 4.Kiralp ZM, Dinger Ü, Çakar E, Dursun H. Complex regional pain syndrome: epidemiologic features, treatment approaches, workday loss and return to work/disability ratios. *Turk J Rheumatol* 2009;24:1-5
- 5.Forouzanfar T, Kobe AJ, van Kleef M, Weber WE.

- 1.Treatment of complex regional pain syndrome type I. *Eur J Pain*, 6 (2002), pp. 105-22
- 2.Fornos-Vieitez B, López-Díez FE, Ciriza-Lasheras A, López-López D. Síndrome de Sudeck (distrofia simpático refleja). *Semergen*. 2008; 34: 455-8.
- 3.Harden RN, Bruehl S, Perez RS, Birklein F, Marinus J, et al. Validation of proposed diagnostic criteria (The Budapest Criteria) for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain*. 2010; 150:268-74.

Cuadro 1. Criterios de Budapest

1. Dolor continuo que es desproporcionado en relación con cualquier evento desencadenante.
2. Debe reportar al menos un síntoma en tres de las cuatro categorías siguientes:
 - **Sensorial:** Reportes de hiperestesia y/o alodinia.
 - **Vasomotor:** Reportes de asimetría de la temperatura y/o cambios de color de la piel y/o asimetría del color de la piel.
 - **Sudomotor/Edema:** Reportes de edema y/o cambios de sudoración y/o asimetría en la sudoración.
 - **Motor/trófico:** Reportes de disminución del rango de movimiento y/o disfunción motora (debilidad, temblor, distonía) y/o cambios tróficos (pelo, uñas, piel).
3. Debe presentar al menos un signo en el momento de la evaluación en dos o más de las siguientes categorías:
 - **Sensorial:** Evidencia de hiperalgesia (al pinchazo) y/o alodinia (tocar la luz y/o sensación de temperatura y/o presión somática profunda y/o movimiento articular)
 - **Vasomotor:** Evidencia de asimetría de la temperatura ($>1^{\circ}\text{C}$) y/o cambios de color de la piel y/o asimetría
 - **Sudomotor/Edema:** Evidencia de edema y/o cambios de sudoración y/o asimetría de sudoración
 - **Motor/Trófico:** Evidencia de disminución del rango de movimiento y/o disfunción motora (debilidad, temblor, distonía) y/o cambios tróficos (pelo, uñas, piel).
4. Ausencia de otro diagnóstico que explique mejor los signos y síntomas.

Estos últimos fueron revisados por la propia IASP en 2007 (Cuadro 1), reportando una sensibilidad del 85% y una especificidad del 69%. En el análisis del caso, el paciente presentado se catalogó como SDR tipo 1 (tipo Sudeck) por la presencia de al menos un dato de las cuatro categorías de signos y síntomas (Sensorial, Vasomotor, Sudomotores/Edema, Motor/Trófico), presentaba dolor continuo desproporcionado, no se documentó lesión en nervio periférico o alguna de sus ramas y se descartó otra patología que pudiera explicar los síntomas.

Conclusiones

Es determinante llegar al diagnóstico temprano y así reducir las posibilidades de un estadio crónico. Debido a la baja frecuencia de la presentación clínica en extremidades inferiores se debe tener en cuenta su existencia y realizar diagnóstico diferencial de otras entidades como neuropatías, trombosis venosa profunda, celulitis, insuficiencia vascular, linfedema, artritis, enfermedad de Raynaud, esclerodermia entre otras y así iniciar tratamiento adecuado.