ISCM de La HabanaFacultad de Ciencias Médicas 10 de octubre

HDCQ 10 de Octubre

Maestría Atención Integral al Paciente Reumático

Curso 5 Reumatismo de Partes Blandas

Trabajo Final

**Revisión Bibliográfica: Síndrome Doloroso Regional Complejo**

Autor: Dra. Lorena Fernández Oliva.Especialista de primer grado en Medicina general Integral y Reumatología.

La Habana, abril 2023.

**INTRODUCCIÓN**

El Síndrome Doloroso Regional Complejo es considerado como un reumatismo de partes blandas cuya etiología aún demasiado ambigua, plantea un gran desafío en el campo sanitario por su dificultad para el diagnóstico por ello se plantea que existen más casos de los que se registran. Se incluye dentro de una gran variedad de procesos dolorosos, donde están afectados tejidos sinoviales, tendones, ligamentos, fascias, inserciones tendinosas y fasciales y además nervios periféricos. Excluyéndose las afecciones de huesos y articulaciones. 1

El estudio del Síndrome de Sudeck ha evolucionado a lo largo del tiempo siendo Paget, durante la guerra civil americana, en 1862 quien primero lo define lo que ahora conocemos como Síndrome Doloroso Regional y Complejo tipo II (SDRC). En 1877 le siguió Wolf describiendo el actualmente conocido SRDC tipo I. En 1895 Kumell centró sus estudios en pacientes con dolor crónico y alteraciones en el aparato vasomotor, apareciendo posteriormente Sudeck en 1900 describiendo la atrofia ósea inflamatoria aguda. En 1925 Maillard y Renard estudian a pacientes tratados con fenobarbital encontrando en ellos una clínica común a la que acaba definiendo como proceso algodistrófico. Evans fue quién en 1946 acuñó el término de distrofia simpático refleja.2

Se estima una incidencia de entre 2-5 %en adultos y del 20% en pacientes pediátricos. Su prevalencia aumenta en la población caucásica.3.

Existe un predominio en el sexo femenino (60 – 80 %) y la edad media de aparición oscila entre los 40 -45 años. Entre el 20-35 % de los pacientes que lo han sufrido presentan cierto grado de discapacidad. 4.

Motivados por la información antes expuesta decidimos la realización de esta revisión bibliográfica para describir las características del Síndrome Doloroso Regional Complejo.

**OBJETIVO**

Describir las características del Síndrome Regional Doloroso Complejo en los últimos años a través de la búsqueda activa de otras revisiones y casos clínicos.

**DESARROLLO**

La Distrofia Simpático Refleja o causalgia ha adquirido diferentes nomenclaturas a lo largo de la historia: Algodistrofia, Osteoporosis Dolorosa Postraumática, Síndrome de Sudeck, Síndrome Regional Doloroso Complejo. En 1993 la Asociación Internacional para el estudio del Dolor emite una definición formal: 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 tiempo .5

Su etiología es amplia y aún desconocida.6. Se cree que es motivada por un trastorno en el sistema nervioso simpático. Se puede considerar que existen interacciones simpático-sensitivas en los tejidos sanos en el humano, así como que la actividad simpática y las catecolaminas activen primariamente los nociceptores aferentes. De ahí el fracaso terapéutico con solo simpaticolíticos. Entre las causas más habituales encontramos las siguientes:

Traumatismos previos (sin influencia de la intensidad del mismo) 50%.

Compresión continuada de nervios.

IAM y Enfermedad Cardiovascular.

Traumatismos a repetición.

Trastornos de la columna (Tuberculosis ósea y articular).

Lesiones neurológicas centrales y periféricas.

Cirugías previas.

Causa idiopática.

Etapas:

En 1953 Bonica define tres etapas 7 en el SDRC tipo I

Aguda: Cuya duración alcanza los 3 meses. existe un aumento de sensibilidad al tacto y alodinia. Ardor constante acompañado de dolor que varía en duración y características. La inflamación y rigidez son también dos síntomas típicos. Se objetiva un aumento de temperatura y enrojecimiento en el miembro dañado.

En esta etapa puede producirse un mayor crecimiento de uñas y cabello, así como sudoración en exceso.

Distrófica: Con una duración de entre 3 meses y un año. El dolor está cada vez más extendido y aumenta la rigidez y la sensibilidad. La temperatura llega a descender y el edema es cada vez mayor.

Atrófica: A partir de los 12 meses de evolución la piel se presenta más brillante y tensa, así como seca. Existe mayor rigidez en la zona, siendo esta cada vez más incapacitante.

Signos y síntomas 8

Hiperestesia, alodinia al roce y/o presión.

Vasomotores: cambios de temperatura y color en la piel, así como asimetría en este último.

Cambios tróficos en la piel, uñas y pelo.

Edema.

Cambio de sudoración por exceso o defecto.

Disminución de la movilidad, rigidez.

El primer síntoma en diferenciarse suele ser el dolor, definido como intenso y acompañado de un ardor continuo. No existe relación directa entre la gravedad de los síntomas y la causa inicial. Con la evolución del proceso suelen aparecer daños en zonas topográficamente cercanas no habiendo estado involucradas en la lesión inicial.

Diagnóstico:9.

El método diagnóstico se sustenta fundamentalmente en la exploración clínica del paciente, aunque pueden ser de ayuda en algunas ocasiones el estudio por imagen a través de radiografía simple que nos mostraría osteoporosis moteada en un principio y posteriormente difusa, resonancia magnética o tomografías óseas, la electromiografía, estudios Doppler, termografía, gammagrafía, densitometría ósea en la que veríamos desmineralización en el área afectada de forma precoz. Otra prueba diagnóstica es la llamada cintigrama óseo trifásico en la que se pude observar un aumento del flujo en los tejidos blandos periarticulares.

El diagnóstico precoz es la pieza angular para evitar la incapacidad del paciente a largo plazo.

Tratamiento:

El tratamiento debe ser precoz y multidisciplinario e individualizado en la medida de lo posible. Se basa fundamentalmente en el tratamiento de dolor, la rehabilitación fisioterápica y la terapia sicológica y se persigue la restauración objetiva de la movilidad completa y habitual del paciente y la prevención de la atrofia.10.

El tratamiento farmacológico del dolor tiene mayor eficacia en fase aguda. El tratamiento se inicia con la administración de AINE, pero no suelen mostrar una eficacia real o prolongada por lo que se suele acabar sustituyendo con corticoides sistémicos, opioides, anticonvulsivantes y antidepresivos e inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa COX-2.11.

Los últimos estudios hacen referencia a un mayor estudio sobre el efecto positivo de los bifosfonatos en el tratamiento de SDRC. 12 ,13.

En casos más complejos se valoran infiltraciones anestésicas que actúen sobre la región nerviosa afectada, así como el uso de bombas de analgesia.

El bloqueo simpático fundamentalmente en etapa aguda del SDRC ofrece una mejoría de la movilidad y el dolor en un primer estadio facilitando la rehabilitación.14.

La inmovilidad es un factor de riesgo elevado para el desarrollo del síndrome por lo que la rehabilitación fisioterápica temprana es fundamental, estando indicados la electroestimulación con TENS para la reducción del dolor relacionado con la liberación endógena de opioides que mejoran la vasodilatación 15 y EMS para el mantenimiento del tono muscular, así como la hidroterapia, la mesoterapia, baños de contraste, cinesiterapia, ultrasonido o magnetoterapia, ejercicios de natación en piscinas, la movilización precoz.

El procedimiento quirúrgico sería un de las últimas opciones, pero su uso puede generar una mejoría o alivio parcial o completo del dolor por descompresión.16,17.

**CONCLUSIÓN**

El Síndrome Doloroso Regional Complejo es una entidad crónica multietiológica que genera incapacidad asociada al dolor y limitación de movilidad si se prolonga en el tiempo, por lo cual es de suma importancia un diagnóstico precoz. Para ello es imprescindible la vigilancia estrecha del paciente, así como su evolución clínica y psicológica.

El inicio precoz del tratamiento disminuye la cronicidad y por tanto futuras incapacidades.

Es fundamental continuar con el estudio estrecho de este síndrome ya que en la actualidad genera una discapacidad del 20-30 % disminuyendo la calidad de vida del paciente y generando un aumento del costo socio-sanitario.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Álvarez Nemegyei J. Síndromes de dolor regional apendicular. Creencias y evidencias. Rev Mex Reumatol 2003; 18:365-72.
2. Neira F, Ortega JL. El síndrome doloroso regional complejo y medicina basada en la evidencia. Rev Soc. Esp. Dolor. 2007; 2:136-146.
3. Palmer G. Complex regional pain syndrome. Aust Prescr [Internet]. 2015 [citado 10 Ener 2019];38(3): [aprox.5 p.].
4. Cuenca González Concepción, Flores Torres María Isabel, Méndez Saavedra Karla Vanesa, Barca Fernández Idoya, Alcina Navarro Alejandro. Síndrome Doloroso Regional Complejo. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2012 jun [citado 2022 Jun 03]; 5 (2):120-129.
5. Vega Sarraulte Gabriela. Síndrome regional complejo; revisión bibliográfica.Med.leg. Costa Rica [internet]. 2015 Dec [cited 2022 Jun 03];32(2):51-63.
6. Harden RN, Bruehl S, Galer BS, et al. Complex regional pain syndrome: Are the IASP diagnostic crite-ria valid and sufficiently comprehensive. Pain 1999; 83:211-221.
7. Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain. En: Bonica JJ. The management of pain .2nd ed. Philadelphia: Lea &Febiger;1990:18-27.
8. Vergara A, Isarria MJ, Prado Sánchez -Caminero M, Guerra A. Reflex sympathetic dystrophy: description of a case with skin lesions. Actas Dermosifiliogr.2005;96(8):529-530.
9. Sánchez Prado Einer, Ruta Álvaro, Torres Chichande Jessica, Ruta Santiago, Salvatori Facundo, Magri Sebastián et al. Factores asociados al desarrollo de secuelas en un grupo de pacientes con síndrome doloroso regional complejo tipo I (SUDECK). Rev. Argent.reumatolg. [internet]. 2019 dic [citado 2022 Jun 03]; 30 (4): 14-17.
10. Stanton - Hicks M, Baron R, Boas R, et al. Consensus Report. Complex regional pain syndromes: Guidelines for therapy. Clin J Pain 1998; 14: 155-64.
11. Duma CT, Martín CW, Noertjojo K. Complex Regional Pain Syndrome. Towards the development of Diagnostic Criteria and Treatment Guidelines. Evidence Based Practice Group .19 June 2006.
12. Resmini G, Ratti C, Canton G, Murena L, Moretti A, Loiascon G. Treatment of complex regional pain syndrome. Clin Cases Miner Bone Metab [Internet]. 2015 [citado 10 Ene 2019];12(1): [aprox.5 p.].
13. Goree J, Rumpel D, Judkins D. New protocol for treatment of complex regional pain syndrome: a case series. Anesthesiol Case Rep.2018 Feb;1(1):13-15.
14. Malay S, Chung KC. Testing the validity of preventing chronic regional pain syndrome with vitamin C after distal radius fracture. J Hand Surg Am [Internet]. 2014 [citado 10 Ene 2019];39(11): [aprox. 7 p.].
15. Castillo Guzmán S, Nava Obregón TA, Palacios Ríos D, Estrada Cortinas JÁ, González García MC, Méndez Guerra JF, et al. Complex regional pain syndrome (CRPS), a review. Med Univ. 2015 Apr;17(67):114-21.
16. Márquez Martínez E, Ribera Canudas MV, Mesas Idáñez Á, Medel Rebollo J, Martínez Ripol P, Candela Custardoy A, et al. Síndrome de dolor regional complejo. Semin la Fund española Reumatol [Internet].2012 Jan;13(1):31-6.
17. Borchers AT, Gershwin ME. Complex regional pain syndrome: A comprehensive and critical review. Autoimmun Rev [Internet]. 2014 Mar;13(3):242-65. Available from:

http://dx.doi.org/10.1016/j.autrev.2013.1.006