Ana Antelo Pose Dolor regional complejo

La International Assotiation for the Study of Pain (IASP) define el SDRC (Síndrome de Dolor Regional Complejo) como aquella alteración que se caracteriza por dolor espontáneo o inducido, desproporcionado con relación al evento inicial y que se acompaña de una gran variedad de alteraciones autonómicas y motoras, dando lugar a una gran diversidad de presentaciones clínicas.

CLASIFICACIÓN

- SDRC TIPO I: Antiguamente denominada Distrofia simpático refleja.
- SDRC TIPO II: Causalgia.

Ambos tipos comparten el mismo conjunto de síntomas pero en el tipo I no hay lesión en los nervios, mientras que en el tipo II sí existe.

La etiopatogenia sigue siendo desconocida aunque se cree que pueden estar implicados mecanismos de hiperestimulación del sistema nervioso simpático, con envío desproporcionado de señales inapropiadas al SNC. Otras teorías proponen la existencia de un componente inflamatorio, participación inmunológica-neuroinmune y la presencia de una disfunción endotelial e incluso una posible predisposición genética, aunque lo más probable es que el SDRC no tenga un solo origen, sino que sean varias causas que producen síntomas similares. Lo más frecuente es que exista un antecedente traumático previo, aunque también se relaciona con cirugías previas, diabetes mellitus entre otros. Incluso puede desarrollarse sin un claro factor desencadenante relacionable.

SINTOMATOLOGÍA^{1,2}

Se caracteriza por un cuadro de dolor de características neuropáticas, localizado en la región de la lesión o en el territorio de distribución del nervio periférico, que con el tiempo y en probable relación a cuadros de sensibilización central puede abarcar a toda la extremidad o incluso a la contralateral. En el 50% de los casos, el dolor dura más de 6 meses y algunas veces años. Se asocia a signos cutáneos como hiperhidrosis y rigidez articular. En la Tabla 1 se resumen las principales manifestaciones clínicas:

Dolor. Hiperpatía. Hiperalgesia. Alodinia. Hipoestesia. Parestesias. Rigidez articular. Trastorno motor.

CURSO DE REVISIÓN EN **MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

	• Edema.
	Alteración térmica cutánea.
	Cambios de coloración cutáneos.
ALTERACIONES AUTONÓMICAS	Hiperhidrosis.
	Cambios tróficos de uñas y vello.
	Atrofia muscular y cutánea.
	Osteoporosis en extremidad afecta.
	Incoordinación.
	• Temblor.
SÍNTOMAS MOTORES	Debilidad.
	• Distonía.
	Rigidez articular.

SE DISTINGUEN TRES FASES EVOLUTIVAS

ESTADÍO I: FASE AGUDA O INFLAMATORIA

Se caracteriza por la aparición progresiva de los siguientes signos y síntomas. En los casos leves esta fase suele durar dos semanas para posteriormente resolverse de manera espontánea o por rápida respuesta al tratamiento.

- Aparición de dolor severo, limitado al sitio de lesión.
- Aumento de la sensibilidad de la piel al tacto y la presión ligera.
- Tumefacción localizada.
- Calambres musculares.
- Rigidez y movilidad limitada.
- Al inicio, la piel está caliente, roja y seca y luego puede cambiar a un aspecto cianótico y se convierten en frías y sudorosas.
- Sudoración incrementada (hiperhidrosis).

ESTADÍO II: FASE DISTRÓFICA

- Predominio de trastornos vasomotores y vegetativos. La tumefacción tiende a extenderse y pasar de un tipo suave a duro. El pelo puede ser grueso y escaso, las uñas pueden crecer más rápido y se vuelven quebradizas, agrietadas y acanaladas en gran medida.
- Pérdida de masa muscular e instauración de la osteoporosis.
- Persistencia del dolor que se vuelve más difuso y de la rigidez articular, con mayor dificultad de movilidad articular.

ESTADÍO III: FASE ATRÓFICA

- Predominio de atrofia tisular con secuelas de rigidez por anguilosis.
- En general disminución progresiva de clínica dolorosa.
- En algunos casos el dolor puede volverse incontrolable con afectación global de la extremidad incluso generalizarse.

CURSO DE REVISIÓN EN **MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

DIAGNÓSTICO^{1,2} Fundamentalmente se basa en criterios clínicos.

Criterios IASP para el diagnostico del SDRC: CRITERIOS BUDAPEST: El comité de la IASP recientemente aprobó y codificó la taxonomía de estos llamados criterios de Budapest como «los nuevos criterios de la IASP».

DOLOR PERSISTENTE que es desproporcionado respecto al episodio desencadenante.

LOS PACIENTES DEBEN COMUNICAR AL MENOS UN SÍNTOMA en tres de las cuatro categorías siguientes:

- SENSITIVOS: hiperestesia o alodínia.
- VASOMOTORES: asimetría de temperatura, alteraciones del color de la piel o asimetría del color de la piel.
- **SUDOMOTORES/EDEMA:** edema, alteraciones de la transpiración.
- **MOTORES/TRÓFICOS:** reducción de la amplitud del movimiento, disfunción motora o alteraciones tróficas (vello, uñas, piel).

LOS PACIENTES DEBEN PRESENTAR AL MENOS UN SIGNO EN EL MOMENTO DE EVALUACIÓN en dos o más categorías siguientes:

- **SENSITIVOS:** datos de hiperalgesia o alodínia.
- VASOMOTORES: datos de asimetría de la temperatura o alteraciones o asimetría del color de la piel.
- **SUDOMOTORES/EDEMA:** datos de edema, alteraciones de la transpiración.
- MOTORES/TRÓFICOS: datos de reducción de la amplitud del movimiento, disfunción motora.

NO EXISTEN OTROS DIAGNÓSTICOS QUE EXPLIQUEN MEJOR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS

El paciente debe reportar uno de los síntomas en cada una de las 4 categorías para realizar el diagnóstico clínico.

No existen pruebas complementarias definitivas en el diagnóstico del SDRC, aunque en ocasiones pueden ser de utilidad la realización de estudios radiográficos, scan óseo 3 fases y gammagrafía ósea.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO DEL SDRC^{1,2,3,5,6}

FARMACOLÓGICO

- **AINE'S Y ANALGÉSICOS NO OPIOIDES:** No han demostrado eficacia. Los AINE'S en fases iniciales pueden usarse con el objetivo de controlar la inflamación.
- **CORTICOIDES SISTÉMICOS:** Se han considerado clásicamente de uso controvertido por sus efectos sobre masa ósea, aunque en la actualidad son los únicos medicamentos anti-inflamatorios que han demostrado eficacia para el control de la inflamación en fases iniciales con nivel de evidencia¹.
- **FÁRMACOS ADYUVANTES:** Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) y antiepilepticos (gabapentina, pregabalina): Han demostrado eficacia en el tratamiento del dolor neuropático, aunque no existen ensayos específicos en SDRC.
- **OPIOIDES MENORES (TRAMADOL) Y MAYORES,** fundamentalmente morfina, oxicodona y tapentadol han demostrado eficacia en aquellas formas clínicas que cursan con dolor moderado o severo.
- **EL NIFEDIPINO (10-30 MG/DÍA),** puede llegar a reducir el dolor relacionado con la alteración vascular que produce este proceso.

CURSO DE REVISIÓN EN **MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

- **EL PROPANOLOL** a dosis de 40 mg/2 veces al día puede ser de utilidad para bloquear los receptores simpáticos. Otros utilizan los bloqueantes del sistema adrenérgico como la fenoxibenzamina.
- **LA CALCITONINA** se ha utilizado con buenos resultados, inicialmente la administraremos en inyección subcutánea a dosis de 100 U/día durante 4-8 semanas, seguidos de otros 4-8 semanas a días alternos. Se administrará a las 4 horas suplementos de calcio y vitamina D. Otros autores la prescriben por vía intranasal 200 U día durante 2 meses. No se ha demostrado que mejoren las alteraciones osteoporóticas.
- **LOS BIFOSFONATOS** como el pamidronato intravenoso, el clodronato intravenoso y el alendronato han demostrado eficacia para reducir el dolor.
- **LIMPIADORES DE RADICALES LIBRES.** Algunos fármacos con acción sobre radicales libres han demostrado cierta eficacia preventiva, fundamentalmente vitamina C, N-acetilcisteína, o dimetil sulfóxido en crema al 50%.
- **TRATAMIENTO TÓPICO.** Puede ser útil en formas que cursan con dolor neuropático localizado, tanto la lidocaína transdérmica en parches al 5% como la capsaicina tanto en crema al 0.075% o parches transdérmicos al 8%.

REHABILITADOR⁷

Se basa fundamentalmente en técnicas de terapia física (TF) y terapia ocupacional (TO) con los siguientes principios generales:

- Desensibilización de la región afectada.
- Movilización, control del edema, fortalecimiento isométrico.
- Tensión de carga, fortalecimiento isotónico, rango de movimiento, normalización postural, y acondicionamiento aeróbico.
- Rehabilitación vocacional y funcional así como reacondicionamiento ergonómico.

En general, la progresión mediante TF y TO requerirá la aplicación simultánea de modalidades psicológica y farmacológica.

La terapia psicológica va dirigida a identificar y tratar alteraciones psicológicas tales como ansiedad, depresión, o desórdenes de la personalidad. Puede ser útiles en cuadros de dolor de más de 2 meses de evolución técnicas de modificación de la conducta, biofeedback, terapia de relajación y terapia grupal, entre otras.

INTERVENCIONISTA4.7

La evidencia de la eficacia de las técnicas intervencionistas se han evaluado en las guías de práctica clínica en el SDRC, con pobres resultados por la escasez de estudio y los pequeños tamaños muestrales de los mismos.

BLOQUEOS Y SIMPATECTOMÍA EN EL SDRC

Se planteará su realización cuando ha fracasado el tratamiento rehabilitador y farmacológico, o cuando tras 6 meses de tratamiento no obtenemos un resultado satisfactorio. También podemos plantear su utilización cuando se trata de inicialmente cuadros más graves, de comienzo más extenso y plurifocal. El bloqueo simpático proporciona a la mayoría de los pacientes una respuesta rápida y eficaz frente al dolor, permitiendo una movilización activa rápida, siendo necesario una serie de 3-6 bloqueos, para conseguir una buen respuesta terapéutica, aumentado la duración del alivio del dolor con cada bloqueo aplicado.

De no controlar el dolor se requerirá la realización de una simpatectomía química o quirúrgica, la cual se puede realiza mediante laparoscopia, pero que no está exenta de complicaciones, como neuralgia, alteraciones del control intestinal y genitourinario, neumotórax, síndrome de Horner, etc.

ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA MEDULAR EN EL SDRC8

Consideraremos la estimulación eléctrica medular (EEM) si tras unos 6 meses de tratamiento rehabilitador y/o tras bloqueo simpático, no se han conseguido resultados satisfactorios. Reduce el dolor en un 50-60% de los casos. Está reservada para pacientes muy incapacitados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Hernández Porras BC, Plancarte Sánchez R, Alarcón Barrios S, Sámano-García M. Síndrome doloroso regional complejo: revisión. Cir Cir 2017;85:366-74-DOI: 10.1016.
- 2. Márquez Martínez M, Victoria Ribera Canudas M, Mesas Idáñez A, Medel Rebollo J, Martínez Ripol P, Candela Custardoy A, Paños Goza M. Síndrome de Dolor Regional Complejo. Semin Fund Esp Reumatol 2012;13:31-6-DOI: 10.1016/j.semreu.2011.10.005.
- 3. DE Mos M, Huygen FJ, VAN DER Hoeven-Borgman M, Dieleman JP, Stricker BH, Sturkenboom MC. Referral and treatment patterns for complex regional pain syndrome in the Netherlands. Acta Anaesthesiol Scand. 2009 Jul;53(6):816-25.
- 4. Duman I, Yavuz F, Dincer K. Reflex sympathetic dystrophy secondary to deep venous thrombosis mimicking post-thrombotic syndrome. Rheumatol Int. 2009 Apr 11.[Epub ahed of print].
- 5. Finch PM, Knudsen L, Drummond PD. Reduction of allodynia in patients with complex regional pain syndrome: A double-blind placebo-controlled trial of topical ketamine. Pain. 2009 Nov;146(1-2):18-25.
- 6. Groeneweg G, Huygen FJ, Niehof SP, Wesseldijk F, Bussmann JB, Schasfoort FC et al. Effect of tadalafil on blood flow, pain, and function in chronic cold complex regional pain syndrome: a randomized controlled trial. BMC Músculoskelet Disord. 2008 Oc 20;9:143.
- 7. Hsu ES. Practical management of complex regional pain syndrome. Am J Ther. 2009 Mar-Apr;16(2):147-54.
- 8. Velasco F, Carrillo-Ruiz JD, Castro G, Argüelles C, Velasco AL, Kassian A, Guevara U. Motor cortex electrical stimulation applied to patients with complex regional pain syndrome. Pain. 2009 Dec 15;147(1-3):91-8.