

Síndrome doloroso regional complejo: Reporte de dos casos y revisión bibliográfica

* Dra. Mariana Vallejo Martínez

** Dra. Nancy Lino Gutiérrez

*** Dr. Victor Daza Cárdenas

* Médico del Servicio de Cuidados Paliativos, Instituto Oncológico Nacional Dr. "Juan Tanca Marengo" ION-SOLCA.

** Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos, Instituto Oncológico Nacional Dr. "Juan Tanca Marengo" ION-SOLCA.

*** Médico residente de Anestesiología y Terapia del Dolor, Instituto Oncológico Nacional Dr. "Juan Tanca Marengo" ION-SOLCA.

ABSTRACTO

El Síndrome Doloroso Regional Complejo es una dolencia conocida también con el nombre de Distrofia Simpática refleja (DSR), causalgia, dolencia multi-sintomática y multi-sistémica que usualmente afecta una o más extremidades, pero que puede afectar cualquier parte del cuerpo. Aunque fue claramente descrita hace 125 años por los Drs. Mitchell, Moorehouse y Keen, en la actualidad sigue siendo una entidad muy pobremente comprendida y casi nunca es reconocida.

La mejor manera de describir el SRDC es comparándola con el daño a un nervio o a un tejido (por ejemplo, la fractura de un hueso) que no sigue un patrón de cicatrización normal. El desarrollo del SRDC no parece estar relacionado con la magnitud del daño (una astilla en un dedo puede desencadenarla). Por razones aún desconocidas el sistema simpático puede permanecer alterado o hiperactivo después de la lesión. No existe ninguna prueba de laboratorio para diagnosticarlo, por lo tanto el médico debe evaluar y documentar todos los síntomas y signos presentes con el fin de establecer el diagnóstico.

En el presente trabajo se reporta el manejo de tratamiento de 2 casos detectados en el área de Cuidados Paliativos ION- SOLCA

Palabras Claves : Síndrome Doloroso Regional Complejo (SRDC), Estimulación transcutánea (TENS), Distrofia Simpática Refleja (DSR), Asociación Internacional para estudio del dolor (IASP),

SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO :

En 1995 la International Association for the Study of Pain (IASP) clasifica al SDRC en

Tipo I (DSR) que se desarrolla después de un fenómeno nocivo inicial.

Tipo II (CAUSALGIA) difiere del tipo I por presencia de una lesión neural aferente conocida

Correspondencias y Separatas:

Dra. Mariana Vallejo Martínez
Servicio de Cuidados Paliativos
ION- SOLCA
Av. Pedro Menéndez Gilbert Cda. La Atarazana
Guayaquil-Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

ABSTRACT

Complex Regional Painful Syndrome is a disease known also as Dystrophy Sympathetic Reflex named (DSR), causalgia, affection multi-symptomatic and multi-systemic, but that usually one or more extremities but could be affected any part of body. Though it was described clearly 125 years ago by Drs. Mitchell, Moorehouse and Keen, continue being by current a very poorly understood entity and almost never is recognized.

Best way for describing SRDC is comparing with a nerve or a tissue damage (for example, bone fracture) that does not follow a cicatrization normal pattern. Does not seem to be related to the magnitude of damage about the development of SRDC (a splinter in a finger can unleash). Sympathetic System type can remain upset or hyperactive after injury; still it does not know reasons. There are not existing laboratory tests to make a diagnosis; therefore medical doctor must evaluate all symptoms and present signs to file in order, to establish the diagnosis.

We are presenting this work to report management treatment about 2 cases, detected in Palliative Care area ION - SOLCA

Key words: Complex Regional Painful Syndrome (SRDC). Transcutaneous Stimulation (TENS), Dystrophy Sympathetic Reflex (DSR). Internationally Association for Studying the Pain (IASP).

El SDRC puede ser dependiente de la actividad simpática (SMP) ó independiente de la actividad simpática (SIP).

La denominación se basó en la serie de síntomas o signos que llevan al diagnóstico de una enfermedad particular. El término "Complejo" fue añadido para dar a entender que en realidad la DSR y la causalgia se expresan en una variedad de síntomas y signos (2,3,4)

A fin de realizar un diagnóstico temprano el médico debe reconocer que algunas de las características y las manifestaciones de la DSR son más importantes que otras y que el diagnóstico clínico se establece con la recolección de pequeños detalles de la historia y el examen hasta que salga a relucir un claro cuadro clínico. Casi siempre es necesario descartar otras enfermedades que pueden poner en peligro la vida del paciente y que se manifiesta por un cuadro clínico similar al de la DSR/SRDC.

La última clasificación sindrómica de la IASP a agrupado un sin número de síndromes que se han utilizado en muchas formas diferentes y confusas como son (1):

- Atrofia aguda ósea



- Distrofia simpática refleja
- Distrofia postraumática
- Distrofia neurovascular refleja
- Causalgia
- Edema traumático crónico
- Síndrome Hombro- Mano
- Atrofia de Sudeck
- Angioespasmo / Vasoespasmo traumático
- Otras

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- 1.- EDAD : Mayor de 45 años
 2.- SEXO : Relación mujeres - varones 3:1
 3.- LOCALIZACIÓN : Afecta 1 solo miembro
 Miembros escapulares 59%
 Pélvicos 41%.
- 4.- LESIÓN DESENCADENANTE:
- 65% después de trauma (fractura)
 - 19% después de I.Q.
 - 2% después de cuadro inflamatorio
 - 4% después de inyección / venoclisis
 - 10-23% sin causa desencadenante
 - 42-47% inmovilización prolongada

Estudios como los de Roberts y cols (2) sugirieron que el SRDC se debe a la actividad tónica en fibras mecanorreceptoras mielinizadas tipos I y II beta A; esa actividad es inducida por una acción simpática posganglionar sobre aferentes sensoriales, que causa activación tónica en las neuronas RDA sensibilizadas. Otra hipótesis sugiere que el dolor mantenido simpáticamente (DMS) se debe a la expresión de receptores adrenales alfa-1 en nociceptores aferentes primarios, después, la actividad simpática causa liberación de noradrenalina en el terminal postganglionar, que a continuación activa esos nociceptores e induce dolor (1).

Berthelot y cols. analizaron el concepto mantenido hace tiempo del modelo de hiperactividad adrenérgica simpática y propusieron que las anomalías vasomotoras se pueden deber a la liberación antidrómica de neuromediadores desde las terminaciones de fibras C polimodales, que pueden viajar con los nervios simpáticos.

Estudios epidemiológicos muestran que la frecuencia de SRDC en el adulto tiene una distribución normal con un máximo a los 50 años. Hasta mediados del decenio de 1980, se pensaba que SRDC no sucedía en niños y adolescentes; Sin embargo, observaciones cuidadosas en el último decenio demostraron que sí puede haber DSR y causalgia en niños.

No se ha aclarado la razón por la que algunas personas presentan SRDC y otras no, después de lesiones similares. Nadie sabe porque algunas lesiones causan el Síndrome Regional Complejo, algunos expertos opinan que hay una cierta predisposición familiar en los pacientes que sufren este problema. También se piensa que el haber estado bajo mucha tensión nerviosa en el momento de ocurrir la lesión, puede ser un predisponente para desarrollar el síndrome. Otros opinan que la causa es el no usar por un tiempo prolongado la parte del cuerpo afectada; por ejemplo si ha estado enyesada o inmovilizada, pero en realidad nadie conoce la causa exacta; se han considerado varios factores predisponentes que mencionaremos a continuación (6,7,8).

Factores precipitantes y enfermedades asociadas con SRDC

PERIFÉRICOS

- 1.-Lesión traumática osteoarticular
- 2.-Infección
- 3.-Fascitis,tendinitis,bursitis
- 4.-Fracturas,esguinces,luxaciones
- 5.-Trombosis venosa /arterial
- 6.-Neuralgia postherpética
- 7.-Procedimientos quirúrgicos
- 8.-Plexopatía braquial
- 9.-Radiculopatía
- 10.-Infarto Miocardio
- 11.-Polimialgia
- 12.-Fibrosis pulmonar
- 13.-Administración de drogas citotóxicas (quimioterapia)

CENTRALES

- 1.-Tumor cerebral
- 2.-Trauma craneo encefálico
- 3.-Infarto cerebral
- 4.-Hemorragia subaracnoidea
- 5.-Siringomielia
- 6.-Poliomielitis
- 7.-Esclerosis lateral amiotrófica

OTRAS

- 1.-Idiopática
- 2.-Inmovilización prolongada
- 3.-Familiar
- 4.-Genético
- 5.-Factores psicológicos

Los síntomas del SRDC generalmente ocurre cerca del sitio de una lesión, sea ésta grave o no, e incluyen: dolor quemante, espasmos musculares, inflamación localizada, aumento de la sudoración, ablandamiento de los huesos, sensibilidad o rigidez en las articulaciones, movimiento restringido o doloroso, y cambios en las uñas y la piel. Una señal visible del SRDC es que cerca del sitio de la lesión la piel se pone caliente, roja y brillante para después volverse fría y azulada (10).

Diferencia en la incidencia de los síntomas de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad.

Signos/Síntomas SRDC	Menos de 10 días	Crónicos
Autónómicos		
Edema distal generalizados	96 %	96 %
Extremidad caliente / fría	54-21 %	61-18 %
Hipo / hipoerhidrosis	17-25 %	55-22 %
Motores		
Reducción de movimientos	88 %	88 %
Disminución fuerza muscular	92%	89 %
Tremor	33 %	47 %
Sensoriales		

Dolor Profundo espontáneo	75 %	75 %
Hipo / hiperalgésia	58-29 %	35 - 41 %
Hipo / hiperestesia	79-04 %	56-15 %
Dolor con movimiento	33 %	65 %
Alodinia / hiperpatia	0 %	8 %

FASES DE SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO

CARACTERÍSTICAS	Fase I 1-3 meses Aguda	Fase II 3-6 meses Distrófica	Fase III + 6 meses Atrófica
Dolor	+++/neuralgia	+++	++
Disestesia	++	+++	+
Función	Mínima	Restringida	Severa/ Restricción
Disf. Autonómica	▲ FS	▼ FS	▼ FS
T°	▲	▼	▼
Sudación	+	++	+++
Edema	++	+++	+
Coloración	Rosado	Moteado	Cianótico

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Como todavía no se comprende bien el SRDC, a menudo no se diagnostica correctamente. el diagnostico se complica por el hecho de que algunos pacientes mejoran sin tratamiento. Una demora en el diagnostico o en el tratamiento de este síndrome puede resultar en severos problemas físicos y psicológicos; por ello un reconocimiento temprano y rápido ofrecen la mejor oportunidad para la recuperación (9,11) .

El SRDC se diagnostica primordialmente a través de:

- Observación de los síntomas.
- Bloqueo simpático con anestésicos locales,(bloqueo de ganglio estrellado, bloqueo peridural cervical, torácico): el alivio del dolor luego de la aplicación de anestésico en el ganglio estrellado o la cadena simpática paravertebral indica que el sistema eferente simpático está involucrado en la enfermedad
- Drogas: corticosteroides, anticonvulsivantes, vasodilatadores, compuestos bloqueantes alfa o beta adrenérgicos ,analgésicos son de gran utilidad .
- Simpatetomía quirúrgica o química, pero es controversial y también puede destruir otras sensaciones
- Terapia física , es el apoyo principal del tratamiento

instaurado.

- Apoyo psicológico
- Estimulación eléctrica transcutánea (TENS).

Presentamos dos casos de adultos con síndrome doloroso regional complejos de diferentes causas cuya evaluación y detección inicial ayuda notablemente en el tratamiento y pronta recuperación del miembro afecto .

El propósito de nuestra publicación es el de sugerir la consideración de detectar tempranamente este síndrome en el diagnostico diferencial de dolor por neuropatías de diversas causas.

Pueden lograrse buenos resultados en tratar este síndrome, si el tratamiento comienza oportunamente, y los primeros síntomas son manejados por un grupo multidisciplinario con la plena colaboración del paciente y de su entorno. El tratamiento oportuno resulta con frecuencia en remisión, sin embargo, si el tratamiento tarda, la condición puede extenderse rápidamente a toda la extremidad y los cambios en los huesos y los músculos pueden ser irreversible. En el 50% de los casos, el dolor persiste más allá de los 6 meses y, a veces dura años.

CASO N°1:

Hombre, de 40 años, sin APP. de importancia, sin patología oncológica conocida, presenta fractura radial izquierda postrauma sometido a osteosíntesis más inmovilización circular de dos articulaciones durante 6 semanas, observándose edema más deformidad e impotencia funcional acompañado de dolor tipo hincónes en tercio distal de antebrazo EVA (escala visual análoga) 4-10 .

A la séptima semana: retiro de inmovilización (yeso):presenta edema de dedos, más espasmos musculares, crecimiento de vellos en articulaciones interfalángicas proximales EVA 4-10.

A la octava semana: miembro superior izquierdo con atrofia muscular de brazo/antebrazo/mano, (muñeca congelada),cambios de color de la piel(piel pálida, rosácea, cianótica)piel marmoteada con cianosis de lecho ungual, presencia de compromiso vasomotor importante, hiperalgésia, dolor gravitacional EVA 10/10.

Tratamiento:

- 1.-Bloqueo de ganglio estrellado: corticosteroides / anestésicos locales por una sola ocasión, debido a poca colaboración por parte del paciente
- 2.-Drogas: Cox2 cada 12 horas ,Gabapentina 300mg cada 12 horas con aumento progresivo llegando a dosis de 1200mg día.,Antidepresivos (amitriptilina 25mg en H.S)
- 3.-Rehabilitación física

CASO N° 2

Mujer, 27 años, con antecedentes de exéresis de nódulo mamario izquierdo bajo anestesia general , es derivada al servicio por presentar dolor en región axilar izquierda EVA 4-10 tipo hincón, correntazos que se irradia hacia la mano de un mes de evolución, aumentando progresivamente de intensidad y cedía a analgésicos menores en primera instancia; se acompaña luego de limitación funcional ,cambios vasomotores leves (mano fría sudorosa cianótica) en posición gravitacional que aumenta el dolor obligando a cambio de posición del miembro afecto .

Tratamiento :

- 1.- Bloqueo de ganglio estrellado por 3 ocasiones debido a la gran



respuesta analgésica, utilizando menor dosis de coadyuvantes
 2.-Terapia física.
 3.-Drogas:analgésicos, anticonvulsivantes, antidepresivos (amitriptilina).

CONCLUSIONES :

Basados en las diversas hipótesis de la fisiopatología del síndrome doloroso regional complejo, este se diagnostica usualmente dentro del siguiente contexto:

- una historia de trauma o daño en el área afectada asociada a un dolor desproporcionado en magnitud y duración desde el comienzo del evento .
- Función anormal del sistema nervioso simpático

- Cambios tróficos del tejido (distrofia y atrofia)
- Cambios vasomotores (piel caliente o fría con o sin el tacto).
- Cambios sudomotores (la piel puede mostrar incremento en la secreción de sudor)
- Cambios pilomotores (piel de gallina) .

Los casos que mencionamos en esta publicación fueron derivados a nuestra área (Cuidados Paliativos) por dolor de difícil manejo; evaluando detalladamente cada caso con un exhaustivo examen clínico se logró detectar que estábamos frente a un SDRRC, se instauró un tratamiento adecuado con excelente respuesta, los pacientes permanecen en controles periódicos en nuestro servicio con la educación y apoyo necesario.

e-mail.: m2vallejo@yahoo.com

Bibliografía:

- 1.- Wesselmann U, MD y Srinivasa N.Raja MD; Distrofia simpática refleja y causalgia. Clinica de Anestesiología de Norteamérica Vol:2, Pag: 421-438,1997.
- 2.- Reflex Sympathetic Dystrophy Síndrome Association (RSDSA): info@rsds.org.
- 3.- American RSDHope Group: rsdhope@mail.org.
- 4.- National Foundation for the Treatment of Pain; Distrofia Simpática Refleja / Síndrome de Dolor Regional Complejo American Chronic Pain Association (ACPA).
- 5.- C.Michel Oliva,MD;Center for Pain Management , 2003 .
- 6.- Borsook D,MD. Lebel A,MD. Massachusetts genral Hospital; Tratamiento del Dolor :13-236,1999.
- 7.- PRITHVI RAJ, : Distrofia Simpática Refleja .Tratamiento Práctico del Dolor, 3era edición 2000 Cap.41- Pag: 657.
- 8.- Veatch RM, Montgomery AA, Dahiberg; Reasons physicians do not follow clinical practice guidelines. JAMA 2000; 283:1685-1686.
- 9.- M.Koban,S.Leis, ;Tissue hypoxia in complex regional pain syndrome .Pain 2003;104:149-157.
- 10.- Birklein F, Schmelz M, The important role of neuropeptides in complex regional pain syndrome.Neurology 2001; 57: 2179-84.
- 11.- Drummond PD, Mechanism of complex regional pain syndrome: no longer excessive sympathetic outflow? Lancet 2001; 358:168-70

Del Editor

OBJETIVOS Y ALCANCES DE ONCOLOGÍA

“ONCOLOGÍA” es una revista que publica temas inéditos de oncología clínica, epidemiología del cáncer y afines en forma de:

- Artículos o trabajos originales
- Revisiones bibliográficas
- Reportes de casos clínicos
- Temas de actualidad y/o reseña histórica
- Cartas al editor

Todos los trabajos enviados a la revista, serán sometidos al proceso de arbitraje editorial.

