

Síndrome de dolor regional complejo (SDRC) o enfermedad de Südeck

Inmaculada Sanz Arrabal

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta.
Universidad Complutense de Madrid. Avda. Complutense, s/n. 28040 Madrid.
inmacue87@hotmail.com

Tutores

Jose Luis Lázaro Martínez. Francisco Javier Álvaro Afonso

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta.
Universidad Complutense de Madrid. Avda. Complutense, s/n. 28040 Madrid.
diabetes@enf.ucm.es fraalv@hotmail.com

Resumen: El SDRC tiene una incidencia mundial de entre 2-25%, esto se debe a su dificultad a la hora de diagnosticarlo. EL 50% de los SDRC son consecuencia de traumatismos, y los sufren en su mayoría mujeres mayores de 50 años. Se cree que el sistema simpático se mantiene hiperactivo, causando una respuesta de vaso espasmos, que dan lugar a mayor inflamación y dolor, produciendo así el SDRC. Clínicamente destacan la alodinia, la distrofia y atrofia, dérmica y muscular, los reflejos involuntarios y la inestabilidad emocional del paciente, así como cambios óseos que se observarán en pruebas de imagen en estadios avanzados. Será necesario un tratamiento multidisciplinar temprano. Se presenta un caso clínico de reagudización de un SDRC en una paciente de 53 años tras fractura de estrés metatarsal.

Palabras clave: Sudeck, Síndrome de

Abstract: The CRPS has a worldwide incidence of 2-25%, this is due to its difficulty to be diagnosed. 50% of CRS are the result of trauma, and is suffered mostly by women over age 50. It is believed that the sympathetic system is maintained hyperactive, causing a response of blood vessels spasms, leading to increased swelling and pain, thus producing CRPS. Clinically stand out allodynia, skin and muscle dystrophy and atrophy, involuntary reflexes and emotional instability of the patient, as well as bone changes observed in imaging tests in advanced stages. A multidisciplinary early treatment is necessary. A case of exacerbation of CRPS is presented in a 53 years old patient after metatarsal stress fracture.

Keywords: Sudeck Syndrome

HISTORIA

En 1864 Mitchel denominó la patología como causalgia, en 1909 Paul Sudeck la bautizó, y no fue hasta 1994 cuando la IASP definió el síndrome doloroso regional complejo⁽¹⁾.

Son muchos los sinónimos usados para esta patología: Distrofia de Sudeck, Algodistrofia, Dolor simpático reflejo, síndrome del dolor simpático reflejo, o síndrome hombro-mano son los más usados⁽¹⁾.

DEFINICIÓN

Según la IASP⁽²⁾ se define como: “Distrofia simpático refleja desencadenada tras un evento nocivo, con dolor espontáneo y alodinia/hiperalgesia que sobrepasa la zona de distribución de un territorio nervioso periférico y que es desproporcionado al evento desencadenante, acompañado de edema o alteración del flujo sanguíneo cutáneo o alteraciones sudomotoras, sin lesión nerviosa evidente u otras patologías que pudieran asociar dichas alteraciones.”

El síndrome simpático reflejo se puede clasificar en tipo 1 y tipo 2. El tipo 1 sería el anteriormente descrito como SDRC, mientras que el tipo 2 o causalgia evidenciaría mediante pruebas diagnósticas una lesión nerviosa periférica⁽²⁾.

La incidencia mundial oscila entre cifras del 2 al 25%. En España no existen cifras⁽²⁾.

Es difícil encontrar datos epidemiológicos teniendo en cuenta la dificultad de diagnosticarlo⁽²⁾.

Se cree que es más frecuente en mujeres entre la 5ª y 7ª etapas de la vida, y se desarrolla en lugares como manos, antebrazos, pies y piernas⁽²⁾.

ETIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA

El 50% de los SDRC son consecuencia de traumatismos como fractura, el 25% tienen una etiología desconocida, y el resto son causados con enfermedades cerebro vascular, infartos de miocardio, trastornos de columna, lesiones neurológicas, infecciones o cirugías⁽³⁾.

Se desconoce el mecanismo de producción exacto, pero la teoría es que el sistema simpático se mantiene hiperactivo, lo que causaría una respuesta inflamatoria

que produce espasmos en los vasos sanguíneos, lo que a su vez produciría mayor inflamación y dolor, creando así un círculo vicioso que se retroalimenta⁽³⁾.

CLÍNICA

- Dolor desproporcionado, severo, profundo, constante y quemante.
- Alodinia.
- Piel atrófica o distrófica, cambios de temperatura y coloración.
- Crecimiento rápido de las uñas.
- Atrofia muscular, temblores o reflejos súbitos involuntarios.
- Inestabilidad emocional.
- Cambios óseos.
- Dolor localizado al inicio y difuso tras la evolución. Tres patrones de propagación.
 - ✓ Continuo: ascendente.
 - ✓ En espejo: extremidad opuesta.
 - ✓ Independiente: hacia un lugar distante del cuerpo.

Se describen los estadios clínicos⁽²⁾ en la Tabla 1.

Etapa I	Traumática	Precoz	Respuesta inflamatoria aguda. No existe atrofia.
Etapa II	Distrófica	<i>Intermedia</i>	Aparecen cambios distróficos.
Etapa III	Atrófica	<i>Tardía</i>	Atrofia y/o rigidez difusas.

Tabla1. Estadios clínicos del SDRC.

Puede durar un mínimo de 2 años, con periodos de remisión y exacerbación

DIAGNÓSTICO

No existen pruebas específicas para llegar a un diagnóstico de SDRC. El diagnóstico se hará descartando otros trastornos mediante la observación de signos y síntomas⁽³⁾.

Se pueden realizar diferentes pruebas complementarias, en las que encontraremos lo siguiente⁽³⁾.

- Rx: Osteoporosis en islotes, geodas.
- Gammagrafía ósea con Tc⁹⁹: Hiper captación en la zona afectada.
- RMN: Hiperemia transitoria y edema óseo.
- Laboratorio: hiperuricemia, hipercalciuria e hidroxiprolinuria o factores reumatoideos con el objetivo de descartar otras patologías.

En la Tabla 2 se detalla con qué enfermedades se hará diagnóstico diferencial en cada uno de los estadios clínicos del SDRC⁽²⁾.

Etapa precoz	Etapa intermedia	Etapa tardía
Mono-oligo artritis inflamatoria reumática infecciosa	Tumores benignos/malignos	Enf. de Dupuytren
Oligo artropatía inflamatoria	Fractura de estrés	Esclerodermia
Trombosis venosa		Poliartritis
Arteriopatía isquémica		Osteolisis idiopática
Espondiloartritis anquilosante		Acro-osteolisis
		Osteoporosis
		Reumatismo fibroplástico

Tabla 2. Diagnóstico diferencial en cada estadio clínico del SDRC.

TRATAMIENTO

El tratamiento multidisciplinar irá enfocado a disminuir el dolor, evitar la pérdida de funcionalidad del miembro afecto y evitar problemas psíquicos⁽²⁾.

No existe una pauta fija protocolizada para abordar el tratamiento⁽²⁾.

Se usará medicación basada en el tipo de dolor, terapia física y ocupacional mediante rehabilitación y electroestimulación, y/o bloqueos simpáticos y

simpatectomías que no siempre dan buen resultado⁽²⁾.

EVOLUCIÓN

La evolución dependerá de la edad del paciente y de lo precozmente que se implante el tratamiento, un 85% de los casos evoluciona bien, sin embargo, sin tratamiento puede llegar a cronificarse⁽²⁾.

CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años que acude al Servicio de Patología y Ortopedia de la Clínica Universitaria de Podología refiriendo dolor a nivel de la 3ª articulación metatarso falángica del pie izquierdo de 3 meses de evolución.

Acude a consulta con bota Walker para tratamiento de fractura de estrés a nivel del 3º metatarsiano del pie izquierdo, diagnosticado por su reumatólogo.

No refiere alergias medicamentosas conocidas ni enfermedades de importancia.

Su medicación habitual consiste en calcio y vitamina D.

Refiere dolor en antepié, más acusado en 2º y 3ª cabezas metatarsales. El dolor es agudo y le impide realizar con normalidad las actividades de la vida diaria.

A la inspección se observa coloración violácea y edema en el pie izquierdo.

A la exploración encontramos dolor al estrés vertical con retirada del pie.

Se realizan radiografías simples en carga en visión dorsoplantar de ambos pies y en proyección oblicua del pie izquierdo, en las que no se evidencian signos radiológicos claros de fractura fractura del 3º metatarsiano.

Se recomienda continuar con la inmovilización mediante bota Walker y comenzar con tratamiento fisioterápico de electroestimulación por Phyback (software de generación de electroimpulsos controlados para control de edema y sintomatología dolorosa) de forma diaria durante 2 semanas.

A las 2 semanas de tratamiento, la paciente refiere muy leve mejoría en cuanto al dolor, sin embargo, a la exploración no se encuentran cambios.

En vista de los acontecimientos, se solicita RMN de antepié izquierdo.

En la RMN encontramos.

- Corte coronal en T1: línea de fractura en diáfisis del tercer metatarsiano y en cabeza del tercer metatarsiano del pie izquierdo.
- Corte transversal: se observa edema óseo en M2 y M3 del pie izquierdo.
- Corte sagital: se observa inflamación con aumento de líquido a nivel del 3º metatarsiano del pie izquierdo. Se observa adelgazamiento de la cortical de M3, producido posiblemente, por la inmovilización.

Se toman las siguientes decisiones.

- Se deriva a la paciente a su MAP para reevaluación de la medicación para la osteoporosis y osteopenia.
- Se recomienda magnetoterapia, que le aplicarán a la paciente 1vez/semana.
- Se recomienda continuar con tratamiento con Phyback espaciando las aplicaciones a 1vez/semana.

Tras 2 semanas de tratamiento la paciente acude a consulta con mejoría de la sintomatología dolorosa. Presenta atrofia de la piel que en visitas anteriores no tenía.

La paciente nos refiere por primera vez desde que comenzó el tratamiento que padeció un Síndrome de Sudeck hace tiempo.

Tras una valoración exhaustiva se llega al juicio de diagnóstico de un posible brote de Sudeck desencadenado por esa fractura de estrés. Su reumatólogo coincide en el diagnóstico.

Se recomienda continuar con las mismas pautas dadas hasta el momento 2 semanas más.

Un mes y medio después de la primera consulta de nuestra paciente, esta acude sin dolor, la piel tiene menos atrofia y el edema ha disminuido de forma notable.

Se retira la inmovilización, la paciente deberá comenzar a caminar progresivamente.

Se dan recomendaciones de calzado.

- Contrafuerte
- Sistema de sujeción con sordones o velcro
- Tacón de 2-4cm

- Balancín anterior/Despegue de puntera
- Modificación del calzado: balancín de puntera en U

Acude a consulta una semana después con dolor, la paciente ha caminado de forma excesiva tras volver a su vida diaria. Se insiste en la importancia de reanudar sus actividades de forma progresiva.

En la actualidad la paciente no refiere dolor, no se aprecia atrofia ni distrofia en el miembro afecto, y el estado de ánimo de la paciente ha mejorado.

CONCLUSIONES

- La enfermedad de Südeck o SDRC es poco frecuente y difícil de diagnosticar.
- Es necesario tener en cuenta la existencia del SDRC para poder llegar a su diagnóstico.
- Un diagnóstico precoz puede evitar secuelas irreversibles, físicas y dolorosas.
- El inicio temprano del tratamiento reduce las posibilidades de cronificarse.
- El tratamiento debe ser individualizado con el objetivo de evitar el dolor, secuelas óseas y vasomotoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez-Lario B, Aretxabala-alcíbar I, Alegre-López J, Alonso-Valdivieso JL. Acceptance of the different denomination for reflex sympathetic dystrophy. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2001 [cited 2014 feb 19];60:77-79. Disponible en: <https://pipl.com>
2. Parkitny L, McAuley JH, DiPrieto F, Stanton TR, O'Connell NE, Marinus J, et al. Inflammation in complex regional pain syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Neurology* [Internet]. 2013 [cited 2014 feb 19];80:106-117. Disponible en: <http://www.rsd.org>
3. Teixeira F, Bogas M, Alfonso C, Araújo D. Síndrome doloroso regional complejo tipo 1- una etiología inusual. *Acta reumatol Port* [Internet]. 2012 [citado 19 febrero 2014];37:86-90. Disponible en: <http://www.actareumatologica.pt>

Recibido: 14 enero 2015.

Aceptado: 1 octubre 2016.