

Varón con dolor en la mano derecha

Fabra Noguera A, Sabaté Cintas V, Marcos Aldea G, Andreu Alcover R, Vilà Moneny J, Baré Mañas M

CAP Creu Alta. Sabadell (Barcelona)

La distrofia simpático-refleja es una enfermedad compleja, crónica en la mayoría de los casos, que puede afectar gravemente la calidad de vida del paciente, sobre cuyas causas se elucubra, aunque sin certeza.

Las primeras descripciones del cuadro clínico se atribuyen a Mitchel en 1864, quien la denominó "causalgia". Posteriormente en 1909 esta patología fue descrita por Paul Sudeck, razón por la que recibe el nombre de síndrome de Sudeck¹.

Su prevalencia no está bien definida; se estima en 2 casos por 1000 habitantes². La incidencia no se conoce exactamente, ya que varía de unos estudios a otros y de la enfermedad a la que se asocia.

Es una entidad que ha tenido múltiples denominaciones²: enfermedad de Sudeck, algodistrofia, algoneurodistrofia, osteoporosis álgica postraumática...

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 77 años que acude a nuestra consulta por presentar desde hace 2 semanas dolor, hinchazón y dificultad en la movilización de la mano derecha. Nos explica también que el mínimo roce le produce dolor, que a él le parece muy intenso.

Revisamos su historia clínica y comprobamos que hace 2 meses y medio sufrió una caída y como consecuencia se produjo una fractura del quinto metacarpiano (*figura 1*, radiografía de la mano derecha) de la misma mano, por lo que estuvo inmovilizada durante 40 días. Siguió controles con el traumatólogo, que le dio el alta después de quitarle la inmovilización, con la recomendación de realizar ejercicios en casa, ya que no era preciso que hiciese rehabilitación.

Exploración actual: mano derecha edematosa y



Figura 1

brillante, hinchada, caliente, sudorosa, dolor espontáneo, hiperalgesia. Los dedos tienen aspecto de salchicha. Dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria. Se solicita radiografía de la mano y gammagrafía ante la sospecha clínica de distrofia simpático-refleja; se le prescribe un analgésico (paracetamol 1g/8 horas).

Radiología: imagen de fractura en quinto metacarpiano de mano derecha. Gammagrafía ósea: hiperactividad difusa del trazador en casi todas las estructuras óseas de la mano derecha; estos hallazgos reafirman la sospecha clínica de distrofia releja.

Hay otros procesos que deberían tenerse en cuenta y descartar: artritis infecciosa, artritis reumática, artropatía inflamatoria, trombosis venosa, fracturas de estrés, enfermedad de Dupuytren, tumores óseos benignos y malignos, osteoporosis, esclerodermia y osteonecrosis.

Dado que no hay una prueba específica para su diagnóstico, nos basamos en el cumplimiento de

ciertos criterios diagnósticos; los más aceptados son los de Kozin³:

- Dolor y sensibilidad de una extremidad.
- Signos y síntomas de inestabilidad vasomotora (síndrome de Raynaud, piel fría o pálida, piel caliente o eritematosa, hiperhidrosis).
- Tumefacción de la extremidad (edema con o sin fovea).
- Cambios tróficos de la piel (atrofia, descamación, hipertrichosis, pérdida del pelo, cambios ungueales, engrosamiento de la aponeurosis palmar).

Se considera definida si cumple los cuatro criterios, probable si cumple los criterios 1,2 y 3; posible si cumple los criterios 1 y 2.

Los criterios de la IASP⁴ (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) son:

- Síndrome que se desarrolla tras un episodio nocivo desencadenante.
- Se manifiesta como dolor espontáneo o alodinia/hiperalgesia, no limitado a la distribución territorial de un nervio periférico y desproporcionado respecto al episodio desencadenante.
- Hay o ha habido evidencia de edema, anomalía en el flujo sanguíneo cutáneo o actividad sudomotora anormal en la región dolorosa desde el episodio desencadenante.
- Este diagnóstico se excluye por la presencia de otras condiciones que pudieran explicar el grado de dolor y disfunción.

Se considera definida si cumple los 4 criterios, probable si cumple los criterios 1, 2 y 3 y posible si cumple los criterios 1 y 2.

Se le prescribió fisioterapia y tratamiento médico con naproxeno (500 mg/12 horas), más alendronato (40 mg/día durante 8 semanas). Mejoró subjetivamente y objetivamente a los 2 meses.

En la literatura se describe una buena evolución si se inicia el tratamiento dentro de los 3 primeros meses. La rehabilitación^{5,6} es la base terapéutica en estos pacientes y debe realizarse desde las primeras etapas; de ahí la importancia de un diagnóstico precoz. Para tratar el dolor se emplean analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, recomendados como primera elección, aunque se consideran poco eficaces (con probable excepción del tramadol), pues

los estudios de que disponemos muestran resultados contradictorios². Los antidepresivos tricíclicos a dosis bajas y la capsaicina han demostrado eficacia analgésica^{4,7}. La gabapentina (900-1800 mg/día) puede ser útil en dolores espontáneos y paroxísticos. La calcitonina se ha utilizado con buenos resultados. Los bifosfonatos pamidronato endovenoso (30-60 mg/día durante 3 días seguidos), o alendronato (7,5 mg/día durante 3 días seguidos IV, o bien alendronato 40 mg/día vía oral durante 8 semanas) logran mejoría tanto del dolor como de la movilidad⁸.

CONCLUSIÓN

El paciente cumplía criterios clínicos que confirmó la gammagrafía ósea. Al realizar el tratamiento de manera precoz mejoró la sintomatología como ya hemos comentado.

La causa no se conoce. Se cree que puede estar motivada por una respuesta desproporcionada o anormal del sistema simpático. La frecuencia de aparición tras un traumatismo es de 1-8%, tras una cardiopatía isquémica es de 5-20% y tras una hemiplejía de 12-20%.

El diagnóstico es difícil al no haber hallazgos específicos en pruebas de imagen ni de laboratorio, y no tiene un tratamiento claramente satisfactorio. Se caracteriza por presentar síntomas cutáneos y osteomusculares, aunque el síntoma cardinal es el dolor desproporcionado con respecto a la lesión.

Otras causas son lupus eritematoso sistémico, osteoartritis, inmovilización, quemaduras, sin olvidar que puede ser una manifestación paraneoplásica de diferentes tumores⁹: pulmón, vejiga, útero, mama y esófago... También puede ocurrir sin lesión aparente (idiopática en 25% de las ocasiones).

Aunque la evolución natural de la distrofia simpático-refleja es en general hacia la curación sin secuelas en 12-24 meses, en una pequeña proporción pueden quedar secuelas de tipo atrófico con retracciones y fibrosis muy incapacitantes. Por eso hay que poner especial atención en la clínica, exploración y antecedentes para poder llegar a la sospecha y diagnóstico de esta entidad.

No hay duda de que un diagnóstico precoz y un abordaje multidisciplinar contribuirán de manera notable a un tratamiento eficaz¹⁰; y es en el primer punto donde el médico de atención primaria tiene un papel esencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paice E. Fortnightly review: reflex sympathetic dystrophy. *BMJ* 1995; 310:1645-8.
2. Nolla JM, Rozadilla A. Atlas de osteoporosis. Badalona: Euromedice Ediciones Médicas 2004; 71-8.
3. Kozin F, Ryan LM, Carrera GF, Soin JS, Wortmann RL. The reflex sympathetic dystrophy syndrome (RSDR) III. Scintigraphic studies further evidence for the therapeutic efficacy of systemic corticosteroids and proposed diagnostic criteria. *AM J Med* 1981; 70:23-30.
4. Alegre J, Álvarez B. Síndrome doloroso regional complejo. Distrofia simpático-refleja. En: Alonso A, Álvaro-Gracia JM, Andreu JM, BalnchJ, Collantes E, Cruz J, et al /eds). Manual de la SER de las enfermedades reumáticas. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2000;625-7.
5. Oerlemans HM, Oostendorp RA, De Boo T, Van der Laan L, Severens JL, Goris JA. Adjuvant physical therapy versus occupational in patients with reflex sympathetic dystrophy/complex regional pain syndrome type I. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81:49-56.
6. Daly AE, Bialocerkowski AE. Does evidence support physiotherapy management of adult Complex Regional Pain Syndrome Type One? A systematic review. *Eur J Pain* 2008 Jul 9.
7. Gálvez R. Revisión práctica de la capsicina. Madrid: Grupo Aula Médica 2004.
8. Brunner F, Schmid A, Kissling R, Held U, Bachmann L. Biphosphonates for the therapy of complex regional pain syndrome I – Systematic review. *Eur J Pain* 2008 Apr 25.
9. Corts JR, Castellano JA. Síndromes paraneoplásicos y manifestaciones de procesos hematológicos malignos. En: Pascual E, Rodríguez V, Carbonell J, Gómez-Rei-no JJ (eds). Tratado de Reumatología. Madrid: Arán Ediciones 1998;1595.
10. Wasner G, Schattneider J, Binder A, Baron R. Complex regional pain syndrome –diagnostic, mechanisms, CNS involment and therapy. *Spinal Cord* 2003; 2:61-5.