

Síndrome doloroso regional difuso más insuficiencia cardíaca. Presentación de un caso

Dr. Jorge Iván Urbieto-Arciniega,* Dra. Thalía Angulo-Zaldívar**

* Adscrito al Servicio de Anestesiología.
** Residente de tercer año de Anestesiología.

Hospital Central Norte de PEMEX

Solicitud de sobretiros:
Dra. Thalía Angulo-Zaldívar
Servicio de Anestesiología
Hospital Central Norte PEMEX
E-mail: gg8201@yahoo.com
paazala14@yahoo.com

Recibido para publicación: 08-07-10.
Aceptado para publicación: 05-10-10.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

RESUMEN

El síndrome doloroso regional difuso complejo (SDRC), antes llamada distrofia simpático refleja, es un trastorno de dolor crónico como resultado de un disfuncionamiento en el sistema nervioso central o periférico, caracterizado por cambios dramáticos en el color y temperatura de la piel en la extremidad lesionada, acompañado de dolor candente severo, sensibilidad de la piel, sudoración e inflamación, el cual puede ser saltatorio (de una extremidad a otra). Se estudia un caso de un paciente masculino de 70 años de edad con hipertensión arterial sistémica (HAS) más insuficiencia cardíaca congestiva más síndrome autonómico doloroso regional difuso, con escala visual análoga (EVA) inicial de 10/10 tratado con terapia psicológica y tratamiento médico (gabapentina e imipramina) vía oral por 4 semanas disminuyendo a un EVA 4/10.

Palabras clave: Síndrome doloroso regional difuso, insuficiencia cardíaca, dolor crónico.

SUMMARY

Reflex sympathetic dystrophy (CRPS) is a chronic pain condition as result of a dysfunction of the autonomic nervous system. The symptom of CRPS is continuous, intense pain out of proportion to the severity of the injury, which gets worse rather than better over time. CRPS most often affects one of the arms, legs, or hands. Often the pain spreads to include the entire arm or leg, the symptoms includes inflammatory symptoms of redness, warmth, and swelling in the affected area. In this case we study a patient of 70 years old, with hypertension and cardiac failure with CRPS, with an initial EVA 10/10, that was treatment with psychological treatment and with gabapentin and imipramine for 4 weeks that had a decrease of the EVA 3/10.

Key words: Reflex sympathetic dystrophy, cardiac failure, chronic pain.

INTRODUCCIÓN

El síndrome doloroso regional difuso complejo (SDRC), antes llamado distrofia simpático refleja, es un trastorno de dolor crónico como resultado de un disfuncionamiento en el sistema nervioso central o periférico, caracterizado por cambios dramáticos en el color y temperatura de la piel en la extremidad lesionada, acompañado de dolor candente severo, sensibilidad de la piel, sudoración e inflamación⁽¹⁾.

En 1989, la American Association for Hand Surgery⁽²⁾ aceptó un trabajo de consenso acerca de la nomenclatura y clasificación de esta entidad; la International Pain Nomenclature Group introdujo en 1996 el término síndrome de dolor regional complejo (SDRC), la DSR se engloba dentro del SDRC.

Puede comenzar a cualquier edad, afecta a hombres y mujeres por igual, es más frecuente en mujeres jóvenes, interrelaciona los factores somáticos, psicológicos, sociales⁽²⁾.

Fisiopatología: Se cree que el sistema nervioso simpático juega un papel importante en el sostenimiento del dolor. Las teorías más recientes sugieren que los receptores del dolor en la parte del cuerpo afectada se han vuelto responsivos a una familia de mensajeros del sistema nervioso conocidos como catecolaminas. Parece que la importancia del sistema nervioso simpático depende de la etapa de la enfermedad⁽³⁾.

Lankford plantea que debe existir una tríada para que el paciente pueda desarrollar un SDRC:

1. Estímulo doloroso persistente.
2. Sobreactividad simpática inherente a la personalidad insegura y temerosa.
3. Anormal reflejo simpático⁽⁴⁾.

El diagnóstico del SDRC se basa en la clínica⁽⁵⁾.

- Dolor desproporcionado.
- Impotencia funcional (inflamación y rigidez en las articulaciones, incapacidad motora).
- Anomalías del sistema vegetativo (inflamación, cambios de temperatura, sudoración, cambio de coloración y textura de la piel, cambios en los patrones de crecimiento de uñas y vello).
- Alteraciones psiconeuróticas (inquietud, ansiedad, nerviosismo) previos al síndrome y que se exacerbaban con éste.

Algunos incluyen la osteoporosis y la rigidez articular como criterios diagnósticos del SDRC tardío.

Las directrices actuales aconsejan un tratamiento multidisciplinario con tres elementos esenciales: tratamiento del dolor, rehabilitación y terapia psicológica. El tratamiento debe ser individualizado según las características del paciente y evitar el dolor, la rigidez articular, el reflejo vasomotor, las secuelas óseas y articulares⁽⁹⁾. El objetivo final debe ser la eliminación del dolor.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 70 años de edad, con los siguientes diagnósticos HAS de 15 años de evolución, insuficiencia cardíaca congestiva de 2 años de evolución, SDRC de 2 semanas de evolución. Cuenta con los siguientes tratamientos: Enalapril 10 mg cada 12 horas, metoprolol 100 mg cada 24 horas, oxígeno suplementario 3 litros por minuto 8 horas al día.

Refiere astenia y adinamia de 3 semanas de evolución, acompañadas de llanto fácil, dolor en miembro torácico derecho tipo ardoroso, el cual se ha ido incrementando, tratado con AINES sin ceder con EVA 10/10.

A la exploración física, el paciente cuenta con los siguientes signos vitales: FC 89 latidos por min, TA 120/90 mmHg FR 18 por min, temperatura corporal oral 37 °C, tempera-

tura en miembro torácico derecho 36.7 °C, temperatura en miembro torácico izquierdo 37.1 °C, peso 80 kilogramos y talla 1.68 metros.

Se encuentra paciente consciente reactivo, orientado en las 3 esferas, Glasgow 15, cooperador, regular estado de hidratación, palidez de tegumentos +/+++ , reflejos pupilares presentes, movimientos de amplexión y amplexación disminuidos, campos pulmonares hipoventilados en las bases, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, sin datos de abdomen agudo, extremidades íntegras simétricas, con edema en miembro torácico derecho, mano derecha hiperémica, abrigantada, con hiperqueratosis, fuerza y movilidad conservada en las 4 extremidades, alodinia en miembro torácico derecho New York Heart Association Clase III.

Se realiza ultrasonido Doppler el cual se reporta normal.

Laboratorios; Hb 10.1 Hto 32 glucosa 90, BUN 37, urea 80, creatinina 1.3, ácido úrico 9.5, Na 144, K 3.7, CL 99.

Se realiza interconsulta con Servicio de Psiquiatría el cual diagnóstica depresión leve, se le realiza tratamiento psicológico conductivo conductual.

Se inicia tratamiento con infusión de lidocaína a 2 mg/kg (160 mg) en solución salina para 2 horas.

Posteriormente se inicia neuromodulador con gabapentina 300 mg vo cada 8 horas, más imipramina 10 mg vo cada 24 horas, tratamiento de rescate tramadol 8 gotas PRN.

Se da seguimiento a las 4 semanas refiriendo un EVA 4/10 y una mejora significativa en su estado de ánimo.

DISCUSIÓN

El tratamiento del SDRC debe ser multidisciplinario; se ha descrito el tratamiento a base de bloqueo simpático regional, bloqueo simpático lumbar y simpatectomía con adecuados resultados⁽⁷⁾.

Debido a las patologías de base HAS e insuficiencia cardíaca congestiva para no disminuir las resistencias periféricas sistémicas se decide iniciar con lidocaína intravenosa a 2 miligramos por kilo en infusión, se ha descrito que produce alivio del dolor espontáneo y evocado⁽⁸⁾.

Se utilizó como neuromodulador la imipramina, un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina, y la gabapentina, un derivado del neurotransmisor GABA, obteniendo resultados favorables.

El tratamiento del SDRC se debe de iniciar precozmente, en los tres primeros meses de su aparición, y así poder obtener una buena evolución de este cuadro clínico. Sin embargo, si lo demoramos, el trastorno se puede extender a toda la extremidad y los cambios óseos y musculares pueden llegar a ser irreversibles⁽⁹⁾.

El pronóstico del SDRC es favorable, siendo la sintomatología más prolongada en los miembros superiores. Sin embargo, su evolución es imprevisible, pudiendo afectar la

calidad de vida de estos pacientes. Las secuelas se presentan en el 20-40% de los casos, aunque son de escasa relevancia, presentándose dolor y edema residuales, y en casos más severos pueden ocasionar trastornos vasculares⁽¹⁰⁾.

REFERENCIAS

1. Nath RK, Mackinnon SE, Stelnicki E. Reflex sympathetic dystrophy. *Clin Plast Surg* 1996;23:435-446.
2. Amadio PC, Mackinnon SE, Merritt WH, Brody GS, Terzis JK. Reflex sympathetic syndrome: consensus report of an *ad hoc* Committee of the American Association for Hand Surgery on the definition of reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Plas Recon Surg* 1991;87:371-375.
3. Nath RK, Mackinnon SE. Reflex sympathetic dystrophy. In: Weinzweig J. *Plastic surgery secrets*. Hanley & Belfus 1999:566-569.
4. Janig W, Baron R. Complex regional pain syndrome is a disease of the central nervous system. *Clin Autom Res* 2002;18:204-15.
5. Baron R, Wasner G. Complex regional pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep* 2001;5:114-23.
6. Gler BS, Schwartz L, Alien R, Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, et al. Síndromes de dolor regional complejo: tipo I (distrofia simpática refleja) y tipo II (causalgia). In: *Bónica terapéutica del dolor*. McGraw-Hill Interamericana, Tercera edición, México; 2003;1:467-496.
7. Matases MAS. Síndrome del dolor regional complejo. *Dolor neuropático periférico*. *Dolor* 2002;17:78-86.
8. Duna CT, Martín CW, Noertjojo K. Complex regional pain syndrome. Towards the development of diagnostic criteria and treatment guidelines. Evidence Based Practice Group 2006.
9. Alien G. Epidemiology of complex regional pain syndrome: a retrospective chart review of 134 patients. *Pain* 1999;80:539-544.
10. Rodrigo MD, Perena MJ, Serrano P, et al. Síndrome de dolor regional complejo. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7:78-97.