

Dolor tras Intervención de STC

Patricia Luengo González¹, Lara Gestoso do Porto²

^{1,2} Médicas especialistas en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital comarcal de Valdeorras. O Barco de Valdeorras.

Cad Aten Primaria
Año 2012
Volume 18
Páx. 00-00

INTRODUCCIÓN

Paciente 52 años de edad, intervenida de liberación del nervio mediano derecho a su paso por el carpo. Estuvo inmovilizada con férula durante 10 días. A las semanas de la intervención la paciente presenta un problema familiar con gran repercusión psicológica. Acude a la consulta por edema, dolor ante mínimo roce, sensación de calambres y parestesias en todos los dedos. En la exploración física se evidencia mano edematosa y enrojecida, limitación de rangos articulares de metacarpofalángicas e interfalángicas y leve de flexión dorsal y palmar. Mano no integrada en esquema corporal.

Se solicita una Rx mano (ver figura 1)



FIGURA 1

Radiografía de manos

CUESTIONES

1. ¿Qué diagnóstico sospecharías ante esta paciente?
 - a) Infección de herida quirúrgica
 - b) Síndrome Doloroso Regional Complejo
 - c) Síndrome Compartimental
 - d) Artritis de carpo

2. ¿Solicitarías algún estudio otro estudio complementario para iniciar tratamiento?
 - a) Solicitaría una Gammagrafía
 - b) Los datos clínicos resultan suficientes.
 - c) Solicitaría una RMN
 - d) Solicitaría una EMG

Correspondencia

Patricia Luengo González. Mail: patricia.luengo.gonzalez@sergas.es. Dirección: Hospital Comarcal Valdeorras, Avd. Conde Fenosa, S/N. 32300. O Barco de Valdeorras, Ourense.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO: DOLOR TRAS INTERVENCIÓN DE STC

DIAGNÓSTICO

Respuesta 1. Esta paciente presenta un Síndrome Doloroso Regional Complejo o Distrofia Simpático Refleja.

Respuesta 2. Para diagnosticar y tratar este síndrome de forma precoz y correcta lo más importante es pensar en la posibilidad de su existencia. Las pruebas complementarias más útiles son la Rx simple y la gammagrafía (ver explicación final), pero no se justifica demorar el diagnóstico en espera de los resultados. En esta paciente la Rx resultó normal. Las alteraciones radiológicas se presentan de forma tardía, pasadas unas semanas, y se inician con desmineralización ósea en el área afectada de diferente intensidad.

EXPLICACIÓN FINAL

El Dolor Regional Complejo (SDRC) es un cuadro de dolor desproporcionado al traumatismo que lo inicia, en el que la intensidad de la lesión no se relaciona necesariamente con la severidad de la sintomatología.

Se presenta como un dolor neuropático que no sigue una distribución anatómica y en la cual no se evidencia una lesión neurológica demostrable.

Es una patología compleja, caracterizada por múltiples manifestaciones clínicas, entre las cuáles destacan: dolor y alteraciones sensitivas, trastornos motores y cambios en los tejidos blandos junto con disfunción vasomotora y autonómica.

Es un proceso que está infradiagnosticado y la clave está en permanecer alerta a cualquier desviación natural de la evolución del proceso lesional; tras 9 semanas después de la lesión las siguientes características clínicas nos deben de poner en presencia de un posible SDRC tipo I.

- Dolor: está siempre presente y resulta, con mucho, el síntoma más determinante. Severo, constante, profundo y quemante.
- Cambios en la piel: puede aparecer brillante, seca o con descamación. Hipertricosis al principio que posteriormente el vello se hace fino y cae. Uñas quebradizas. Cambios sudomotores, tempe-

ratura y de coloración.

- Edema: delineado en la superficie de la piel.
- Trastornos del movimiento: dificultad en la movilidad sobre todo por dolor.
- Cambios óseos: osteoporosis en parches en Rx (aunque las alteraciones radiológicas suelen ser tardías, pasadas unas semanas), la gammagrafía puede detectar captación de forma más precoz.

Para diagnosticarla y tratar este síndrome de forma precoz y correcta debemos de pensar en la posibilidad de su existencia, para evitar secuelas irreversibles. No existe ninguna prueba "gold Standard" para su diagnóstico, éste se hace en base a criterios clínicos. En la actualidad el tratamiento es principalmente empírico y se debe instaurar lo antes posible. Debe de ser un tratamiento multidisciplinar y con abordaje terapéutico individualizado. Se recomienda el manejo del dolor, rehabilitación y psicoterapia.

En casos refractarios se requiere un tratamiento intervencionista con bloqueos simpáticos.

El pronóstico a largo plazo, en general, es favorable. Aunque su evolución es imprevisible. Las secuelas son posibles (20-40%) pero de escasa relevancia.

Diagnóstico precoz, control del dolor y movilización temprana se asocian a buen pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Peña Arrebola A. Síndrome de dolor regional complejo. En: Sánchez Blanco I, editor. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina física. Madrid: Panamericana; 2006. p. 329-36.
- 2.- Rodrigo MD, Perena MJ; Guillén J, Azcona J, Mur P, sola JL. Síndrome de dolor regional complejo: factores etiológicos, clínicos, radiológicos y escintigráficos. Rev SocEspDolor. 2002; 9:157-62.
- 3.- Bruscas Izu C, Beltrán Audera Ch, Jiménez Zorzo F. Estudio descriptivo y prospectivo de 171 pacientes con distrofia simpático refleja en Aragón. Reumatol Clin. 2010; 6(6):285-291.
- 4.- Calvo García C, Escudero Socorro M, Gómez García A. Síndrome de dolor regional complejo sin causa aparente. A propósito de un caso. Rehabilitación (Madr). 2009;43(4):187-90.