



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA
Servicio Anestesia Reanimación Terapéutica Dolor (SARTD)
SESIONES de SERVICIO 2007-2008

PROCOLO SDRC

Definición:

*“Variedad de condiciones dolorosas de **localización regional**, posteriores a una lesión, de **predominio distal** de **síntomas anormales**, **excediendo en magnitud y duración al curso clínico esperado del incidente inicial**, ocasionando con frecuencia un deterioro motor importante, con una progresión variable en el tiempo”*

- El SDRC tipo II se diferencia del tipo I por la presencia de una **lesión nerviosa definible**.
- Caracterizado por dolor, trastornos vaso y sudomotores, retraso de la recuperación funcional, trastornos tróficos y en algunos pacientes alteraciones psicológicas

Criterios diagnósticos:

SDRC tipo I

1. Presencia de un evento nocivo iniciador o causa de inmovilización.
2. Dolor continuo, alodinia o hiperalgesia en los que el dolor es desproporcionado a cualquier evento incitador.
3. Evidencia de edema, cambios en el flujo sanguíneo de la piel o actividad sudomotora anormal en la región del dolor.
4. Este diagnóstico queda excluido por la existencia de condiciones que de otra forma explicarían el grado de dolor y la disfunción.

Se deben cumplir los criterios 2–4

SDRC tipo II

1. Presencia de dolor continuo, alodinia o hiperalgesia después de una lesión nerviosa, no necesariamente limitados a la distribución del nervio lesionado.
2. Evidencia de edema, cambios en el flujo sanguíneo de la piel o actividad sudomotora anormal en la región del dolor.
3. Este diagnóstico queda excluido por la existencia de condiciones que de otra forma explicarían el grado de dolor y la disfunción.

Se deben cumplir los tres criterios



Epidemiología:

- ❑ Poca información publicada al respecto. Se cree que es infrecuente, pero a menudo se diagnostica incorrectamente.
- ❑ La edad media oscila entre los 36 y 42 años, con predominio de las mujeres (60–81%).
- ❑ Las extremidades superiores están implicadas en el 44–61% de los casos y las inferiores en el 39–51%.
- ❑ En general, **UNILATERAL**. 11-16% bilateral de inicio
- ❑ El SDRC puede presentarse también en niños.
Factores de riesgo: **INMOVILIZACIONES**, tabaquismo?, factores genéticos?, factores psicológicos

Síntomas y signos:

•Sensoriales	<ul style="list-style-type: none">▪ Dolor intenso▪ Hiperestesia▪ Hiperalgesia▪ Alodinia▪ Deficiencias sensoriales como trastorno hemisensorial▪ Hipoestesia trigeminal
•Autónomos	<ul style="list-style-type: none">▪ Tumefacción▪ Cambios de color y T^a▪ Anomalías de sudoración

Disfunción Motora	<ul style="list-style-type: none">▪ Debilidad▪ Amplitud de movimiento reducida▪ Temblor▪ Distonía▪ Mioclonus▪ Disminución de la fuerza muscular, s/t la fuerza de prensión
Distrofia	<ul style="list-style-type: none">▪ > o < crecimiento de uñas y cabello▪ Cambios en piel: palidez, fibrosis plantar, hiperqueratosis, piel brillante y fina

Diagnóstico:

- **Diagnóstico CLINICO**. No precisa de estudios de laboratorio
- **Pruebas complementarias:**
 - **Radiología simple** → desmineralización ósea (inespecífico).
 - **Gammagrafía ósea**. → Disponible en nuestro medio.
 - **Termografía**. → + sensibilidad y especificidad que con gammagrafía.

Tratamiento:

- El objetivo del tto es: 1) MEJORAR LA FUNCIÓN, 2) aliviar dolor, 3) conseguir remisión síntomas.
- **Fundamental: INTERVENCIÓN TEMPRANA** → Consenso generalizado: los pacientes que no responden a un nivel de tratamiento aceptable después de **12–16 semanas**: plantear terapias más intervencionistas.
- La **Neuroestimulación** sólo está demostrada y con evidencias en su uso en el **SDRC tipo I**.



Aliviar dolor y síntomas mediante fármacos o procedimientos

Organizar y controlar la rehabilitación.
ELEMENTO BÁSICO

Identificar cuadros psiquiátricos coexistentes y tratarlos

Médico

- Periodo de prueba con fármacos
- Bloqueos nerviosos
- Venoclisis con lidocaína
- Neuroestimulación
- Radiofrecuencia

Fisioterapia

- Nueva movilización activa.
- Desensibilización
- Liberación mioaponeurótica
- Condicionamiento aeróbico

Psicólogo

- Apoyo
- Motivación
- control de estrés
- Corrección de depresión
- Hipnosis
- Imaginación guiada



PROTOCOLO TERAPÉUTICO ACEPTADO PARA EL SDR. Stanton-Hicks MD et al. Pain Practice 2002; 2 (1): 1-16





BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

1. Merskey H, Bogduk H. IASP Press 1994; pp 40-43
2. Galer B, Schwart L, Allen R en Bonica Terapéutica del Dolor 3^a ed.
3. Allen G et al. Pain 1999; 80: 539-44
4. Kemler MA et al. N Engl J Med 2000; 343:618-24
5. Maleki J et al. Pain 2000; 88: 259-66
6. Harden RN et al. Pain 1999; 83: 211-9
7. Olsson G et al. Raven Press 1990; 15: 323-31
8. Wilder RT. IASP Press 1996; 6: 67-77
9. Harden RN et al. *Pain* 1999; 83: 211-219
10. Cobb TK, Morrey B. *J Bone Joint Surg Am* 1997; 79: 826-32
11. Prosser R, Conolly WB. *J Hand Ther* 1996; 9 (4): 344-8
12. Galer BS et al. *J Pain Symptom Manage* 2000; 20: 286-92
13. Birklein F, Handwerker HO. *Pain* 2001; 94:1-6
14. Rommel O et al *Pain* 1999; 80: 95-101
15. Thimineur M et al. *Clin J Pain* 1998; 14: 256-67
16. Birklein F et al. *Pain* 1997; 69: 49-54
17. Schwartzman RJ, Kerrigan J. *Neurosurgery* 1990; 40: 57-61
18. Zyluk A. *J Hand Surg* 2001; 26: 151-154
19. Wasner G et al. *Neuro Clin* 1998; 16: 851-68
20. Kozin F, Sojn JS, Ryan LM et al. *Radiology* 1981
21. Davidoff G, Werner R, Cremer S et al. *Arch Phys Med Rehabil* 1989
22. Bruehl S, Lubenow TR, Nath H et al. *Clin J Pain* 1996; 12: 316-325
23. Backonja MM. *Semi Neurol* 1994; 14:263-271
24. Chelimsky TC, Low PA, Naessens JM et al. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 1029-1040
25. Stanton-Hicks MD et al. *Pain Practice* 2002; 2 (1): 1-16
26. Meyerson BA, Linderoth B. *Neurol Res* 2000; 22: 285-292
27. Gybels J et al. *Eur J Pain* 1998; 2: 203-9
28. Meyerson BA. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45 (9): 1108-13
29. Kumar K, Nath RK, Toth C. *Neurosurgery* 1997; 40: 503-508
30. Van Hilten BJ et al. *N Engl J Med* 2000; 343: 625-30