



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

220/9 - Distrofia simpático-refleja o síndrome de Sudeck por fractura del cuerpo del 5º metacarpo

M.C. Vázquez Basallote^a, J.L. García Arenas^b, V.J. Benlliure de la Fuente^a, M.T. Sánchez Fernández^a, R. Blanes García^a, A. Oltra Garay^a y G.J. Malave Vera^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Sagunto. Sagunto. ^bMédico Residente de Medicina Física y Rehabilitación. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años sin antecedentes de interés que tras sufrir una caída en la vía pública y retirada de la férula por fractura del cuerpo del 5º metacarpo derecho, presenta dolor grave, constante que describe como quemazón acompañado de edema en dorso de la mano con limitación en la movilidad. Además cambios en coloración del dedo e hiperhidrosis.

Exploración y pruebas complementarias: Alodinia, edema en dorso mano, déficit de flexión en 5 dedo, flexión de la muñeca 30º, extensión muñeca 30º, no puño, atrofia de la piel y frialdad al tacto. Se realiza radiografía de mano derecha donde vemos desgaste óseo (osteoporosis parche o moteada).

Juicio clínico: Tras fractura del cuello del quinto metacarpo y radio distal inmovilizada con férula durante 15 días, inicia disminución movilidad en muñeca con déficit en flexión del 5 dedo y desviación radial de e importante limitación para hacer puño con 4º dedo. Asocia cambios de coloración, edema e hiperhidrosis. Esta clínica es compatible con Distrofia simpática refleja de Sudek por lo que se inicia rehabilitación asociando analgesia con tramadol-paracetamol y gatica durante 6 meses hasta completa movilidad de articulación no dolorosa.

Diagnóstico diferencial: En fase inicial habrá que considerar artritis infecciosas, artritis reumáticas, artropatía inflamatoria, arteriopatía periférica y trombosis venosa profunda. En fase crónica (con secuelas) con la enfermedad de Dupuytren, esclerodermia.

Comentario final: Es una condición dolorosa tras un traumatismo que excede en intensidad y duración al curso clínico esperable al traumatismo inicial. Los traumatismos son la causa precipitante más común (50%). Suele afectar a la parte distal de las extremidades y suele acompañarse de alteraciones motoras y autonómicas. Es de mejor pronóstico si se inicia tratamiento antes de los 3 meses del inicio de los síntomas. La primera fase (fase aguda), que puede durar 3 meses, cursa con dolor urente e intenso, alodinia, aumento de la sudoración, edema, cambios en la coloración y temperatura de la piel. En la fase II o distrófica (3-6 meses) el dolor es constante con alodinia, hiperalgesia, el edema es duro, la piel se adelgaza y está brillante y fría. También aumenta la rigidez articular y atrofia muscular. La fase III o atrófica el dolor puede disminuir, la piel se vuelve pálida o cianótica con atrofia. Se puede observar osteoporosis moteada en la radiografía simple. El tratamiento debe ser multidisciplinar, combinando rehabilitación, farmacoterapia, tratamiento invasivo y prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuenca González C, Flores Torres M, Méndez Saavedra K, Barca Fernández I, Alcina Navarro A, Villena Ferrer A. Síndrome Doloroso Regional Complejo. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2012;5:120-9.
2. Aliste M. Distrofia simpática refleja. *Medwave*. 2008;8(7).
3. Stanton-Hicks M, Jänig W, Hassenbusch S, Haddox J, Boas R, Wilson P. Reflex sympathetic dystrophy: changing concepts and taxonomy. *Pain*. 1995;63:127-33.
4. Van Hilten J, van de Beek W, Vein A, van Dijk J, Middelkoop H. Clinical aspects of multifocal or generalized tonic dystonia in reflex sympathetic dystrophy. *Neurology*. 2001;56:1762-5.