



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/100 - Cuando el Simpático deja de serlo

J.M. Sánchez Colom<sup>a</sup>, J. Escoda Mingot<sup>b</sup>, M. González Medina<sup>c</sup>, C. Gonzalvo Orero<sup>d</sup>, L. Gómez Rodríguez<sup>e</sup>, S. Juan Ezquerra<sup>f</sup>, E.M. Albarrán Medina<sup>g</sup>, M.M. Romero Bastante<sup>a</sup>, J.M. Grau Granero<sup>h</sup> y M. García Fortea<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Santa Margarida de Montbui. Barcelona. <sup>b</sup>Médico de Familia. ABS 1. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. CAP Poblenou. Barcelona. <sup>d</sup>Médico de Familia. CAP Clot. Barcelona.

<sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Poblenou. Barcelona. <sup>f</sup>Médico de Familia. CAP Igualada. Barcelona. <sup>g</sup>Enfermera de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Gòtic. Barcelona. <sup>h</sup>Enfermero de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Clot. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 57 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés que sufre caída por accidente de tráfico, presentando herida inciso contusa dorso lateral del pie y tobillo derecho, heridas en maléolo tibial y una quemadura de tercer grado en el dorso del pie. Además, presentó fractura sin desplazamiento de los metatarsianos 2º y 3º del pie derecho, arrancamiento del escafoideas tarsal y necrosis del talón por lo que requirió auto-injertos. Aproximadamente al mes aparece dolor de características neuropáticas en la zona del tobillo intervenido, por lo cual se inicia fisioterapia y tratamiento farmacológico con analgésicos (metamizol), antiinflamatorios (ibuprofeno) y antineuropáptico ( gabapentina).

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración el paciente presenta cicatriz extensa que ocupa el dorso del pie derecho, zona plantar y cara interna correspondiendo a la zona de los auto-injertos Manifiesta hipoestesia importante en la totalidad del pie y en especial el dorso y cara posterior de la pierna en su tercio inferior y en todos los dedos, sin afectación de la movilidad. Alodinia en la cara externa del pie a veces estando en reposo y en ocasiones al permanecer en bipedestación prolongada, posición que desencadena dolor en el talón con el apoyo. Asimismo, se objetiva un edema localizado en la zona del tobillo y una movilidad afectada con limitación aproximada del 50% (inversión 15º y eversión 10º).

**Juicio clínico:** Basándose en la exploración clínica y con la sospecha de distrofia simpática refleja (síndrome de Sudeck) se inicia el estudio diagnóstico mediante analítica que determina presencia de hipertrigliceridemia, hiperuricemia y discreta elevación de VSG y PCR. Posteriormente se solicita gammagrafía ósea donde se evidencia hipercaptación gammagráfica en la zona del tobillo intervenido quirúrgicamente que nos confirma el diagnóstico.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Neuritis periférica: EMG normal. 2. Compresión radicular: No imagen de compromiso radicular por RMN. 3. TVP y tromboflebitis: dímero D y eco-doppler negativos. 4. Linfedema: linografía negativa. 5. Artritis infecciosa: no presencia de líquido sinovial.

**Comentario final:** La distrofia simpática refleja es una patología crónica y compleja cuyo

diagnóstico precoz es esencial para obtener una evolución favorable, así como, para evitar complicaciones. Esta entidad pasa habitualmente desapercibida, realizándose su diagnóstico principalmente por la exploración clínica del paciente y siendo por tanto de fácil identificación si conocemos sus síntomas y formas de presentación. Podemos iniciar el tratamiento farmacológico desde Atención Primaria, realizando posteriormente una correcta derivación al médico rehabilitador para la prescripción de tratamiento fisioterápico y seguimiento evolutivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bruscas C, Medrano M, Simón L. El diagnóstico de la distrofia simpático refleja. An Med Intern. 1999;16:308-14.
2. Collado Cruz A. Distrofia simpático refleja o síndrome de dolor regional complejo tipo I en clínica reumatológica. Dolor. 1998;13:167-74.
3. Frutos López S, Ruiz Castro M. Síndrome de dolor regional complejo tipo 1 o distrofia simpático refleja. Manual práctico de dolor; 2003 p. 142-52.
4. Rodrigo MD, Perena MJ, Serrano P, Pastor E, Sola JL. Síndrome del dolor regional complejo. Rev Soc Esp Dolor. 2000;7:78-97.
5. Murariu IC, Macovei L. Südeck's post-traumatic osteodystrophy. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2012;116(4):1143-9.