Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):9

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/823 - El esguince que no mejoraba

M. Lobo Marín[a], B. Muñoz Díaz[b], R. Escuder Egea[c], S. Ruiz[d], J. Martínez de la Iglesia[c] y R. Moyano García[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitari; [c]Médico de Familia. Centro de Salud Lucano. Córdoba. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Montoro. Córdoba. [d]Médico de Familia. Unidad DCCU Distrito Córdoba. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 30 años sin antecedentes patológicos de interés que sufre esguince de tobillo derecho grado II tratándose en Urgencias de Traumatología mediante vendaje compresivo y antiinflamatorios. Acude a consulta 15 días después por referir escasa mejoría del dolor y de la inflamación tras retirada de vendaje.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente presentaba hematoma en resolución en región lateral de pie derecho junto a aspecto eritematoso de la piel del miembro inferior y edema del mismo. Refería empeoramiento del dolor. Los pulsos pedio y tibial anterior estaban conservados y no se percibía cambio de temperatura respecto al miembro contralateral. Radiografía simple de tobillo sin alteraciones. Cumplía los siguientes criterios diagnósticos de la IASP para el síndrome del dolor regional complejo: Factor traumático desencadenante. Alodinia, hiperalgesia o dolor continuo desproporcionado al traumatismo y no limitados al territorio de un único nervio periférico. Existencia actual o previa de edema, anomalías en flujo sanguíneo cutáneo o disfunción motora desproporcionada. Exclusión de otros procesos que puedan justificar el dolor o la alteración funcional.

Juicio clínico: Síndrome de dolor regional complejo.

Diagnóstico diferencial: Ante el cuadro clínico inicial que presentaba el paciente entre las posibilidades diagnósticas que podíamos plantearnos se encontraban: Fractura ósea. Artritis reumática. Artritis infecciosa. Artropatía inflamatoria. Trombosis venosa. Arteriopatía periférica. Fracturas de estrés. Tumores óseos benignos y malignos. Osteoporosis. Fascitis plantar. Osteonecrosis.

Comentario final: El síndrome de Sudek podría estar motivado por una respuesta desproporcionada o anormal del sistema nervioso simpático, aunque lo más probable es que este cuadro no tenga un solo origen, sino que sea el resultado de varias causas que producen síntomas similares. Ante la mala evolución de un traumatismo es necesario tener presente la posibilidad de encontrarse ante el síndrome descrito, ya que el diagnóstico y tratamiento precoz mediante terapia física y farmacológica, condiciona un mejor pronóstico para el paciente.

Bibliografía

1. Cuenca González C, Flores Torres MI, Méndez Saavedra KV. Síndrome Doloroso Regional Complejo. Rev Clín Med Fam. 2012;5:120-9.
2. Domingo Regan E, Rodríguez Bacardit N. Guía clínica de Síndrome de Dolor Regional Complejo. Guías Clínicas Fisterra. 2011.

Palabras clave: *Sudek. Esguince. Dolor regional complejo.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.