



CARTA AL EDITOR

Síndrome regional complejo en tarso derecho de inicio espontáneo. Una enfermedad incapacitante



Complex regional syndrome in the right tarsus of spontaneous onset. A disabling pathology

Sr. Editor:

El síndrome doloroso regional complejo (SDRC) es una enfermedad crónica, con una prevalencia de 5,4 a 26,2 casos por 100.000 personas/año¹. Se presenta con mayor frecuencia en personas de raza blanca², sexo femenino y en la sexta década de la vida, con una mayor afectación en los miembros superiores con una relación de 3:2 sobre los inferiores³.

El cuadro clínico en el SDRC se caracteriza por la aparición de alodinia, un síntoma importante donde un estímulo inocuo ocasiona un dolor exagerado, hiperalgesia, edema, limitación de la movilidad, cambios tróficos, inestabilidad vasomotora y desmineralización ósea. Todavía no existe unanimidad en su definición, existiendo alrededor de 79 definiciones en inglés y más de 100 en otros idiomas.

La etiología suele ser idiopática, siendo el traumatismo la causa más frecuente⁴. Su diagnóstico se basa principalmente en la valoración clínica y en pruebas de imagen⁵. Las determinaciones analíticas se emplean para el diagnóstico diferencial de otras enfermedades⁶.

Este síndrome se ha dividido según la causa en tipo I cuando hay lesión de partes blandas, el cual a su vez puede clasificarse según su severidad en grado I: severa; grado II: moderada y grado III: leve; y tipo II: cuando coexiste una lesión nerviosa⁷.

Presentamos el caso de una mujer de 87 años, con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, úlcera gástrica e intolerancia a antiinflamatorios no esteroideos. En tratamiento habitual con: paracetamol 1 g si precisa por dolor; furosemida 40 mg en el desayuno; amlodipino 5 mg en la cena; salbutamol una inhalación cada 12 h; enalapril 20 mg en el desayuno; omeprazol 20 mg en el desayuno. Deambulaba de forma independiente con ayuda de un bastón (escala Functional Ambulation Category [FAC]: 5), era independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel [IB]: 100) y no presentaba deterioro cognitivo (Global Deterioration Scale: 1). Ingresó en el servicio de geriatría por aumento de volumen, calor, eritema, dolor e impotencia funcional en el pie derecho, sin ningún antecedente traumático, que fue diagnosticado de celulitis, ocasionando un IB de 70 (ayuda para ir al retrete, salvar escalones, mínima ayuda en la deambulación y transferencias) y un FAC de 3. Recibió tratamiento antibiótico empírico con cloxacilina y ceftriaxona, y posteriormente 10 días de piperacilina/tazobactam por presentar una evolución clínica tórpida (dolor severo y signos de inflamación).

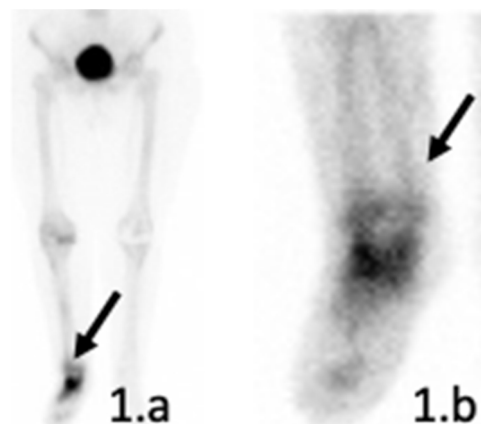


Figura 1. a) Gammagrafía ósea con depósito del trazador en partes blandas e intensa actividad osteogénica; b) SPECT/TC: depósito de trazador en las articulaciones del tobillo y tarso del pie derecho.

Se descartó síndrome compartimental con tomografía axial computarizada de pie, así como enfermedad vascular tras valoración por cirugía vascular. Finalmente, se realizó gammagrafía ósea (fig. 1a) y tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT/TC) (fig. 1b), que mostró un marcado depósito del trazador en partes blandas e intensa actividad osteogénica mal delimitada, que afectaba prácticamente todas las articulaciones del tarso del pie derecho y tobillo. Tras valoración conjunta con reumatología se diagnosticó de síndrome doloroso regional complejo. Recibió tratamiento con pregabalina en dosis ascendentes y paracetamol, así como fisioterapia motora con evolución favorable, consiguiendo caminar con apoyo, por lo que se dio el alta a domicilio con continuidad del tratamiento de fisioterapia y seguimiento por la unidad del dolor con buena evolución en revisiones sucesivas.

En la fisiopatología del SDRC hay una afectación del sistema nervioso central ocasionada por cambios en el sistema somatosensorial y en el sistema simpático bilateral, mediante la liberación de neuropéptidos, como sustancia P, bradiquinina y el aminoácido excitatorio glutamato, que actúan sobre el receptor N-metil-D-aspartato⁸. Las fibras aferentes primarias del área afectada liberan neuropéptidos pronociceptivos, aumentando la activación de nociceptores que disminuyen el umbral de activación para estímulos térmicos y mecánicos. No queda claro el momento de sensibilización central, pudiendo ser antes, simultánea o posterior a la aparición de otros síntomas o signos, existiendo la posibilidad de que, a mayor dolor previo, haya mayor sensibilización central. Además, se ha observado la disminución de los niveles de catecolaminas en el lado afectado, provocando una disminución de la acción del sistema simpático a nivel local, lo cual contribuye a la hipoxia y los cambios tróficos que se encuentran en esta enfermedad⁸.

El SDRC plantea un importante reto ya que no presenta una sintomatología típica y plantea realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades como celulitis, síndrome compartimental y enfermedad vascular. Teniendo en cuenta que el dolor crónico es un importante detonante para la aparición o agravación de otros síndromes geriátricos, pudiendo ocasionar un deterioro funcional importante en el paciente mayor, el abordaje debe ser multidisciplinar abarcando medicación con antiinflamatorios, antiepilépticos, antidepresivos, procedimientos invasivos como los bloqueos simpáticos, ablación por radiofrecuencia⁹ y neuromodulación, terapia ocupacional, psicoterapia y oxigenación hiperbárica.

Bibliografía

1. Petersen PB, Mikkelsen KL, Lauritzen JB, Krogsgaard MR. Risk factors for post-treatment complex regional pain syndrome (CRPS): An analysis of 647 cases of CRPS from the Danish patient compensation association. *Pain Pract.* 2018;18:341–9.
2. Palmer G. Complex regional pain syndrome. *Aust Prescr.* 2015;38:82–6.
3. Goh EL, Chidambaram S, Ma D. Complex regional pain syndrome: A recent update. *Burns Trauma.* 2017;5:2.
4. Fukushima FB, Bezerra DM, Villas Boas PJF, Valle AP, Vidal EIO. Complex regional pain syndrome. *BMJ.* 2014;348:g3683.
5. Shehab D, Elgazzar A, Collier BD, Naddaf S, Al-Jarallah K, Omar A. Impact of Three-Phase Bone Scintigraphy on the Diagnosis and Treatment of Complex Regional Pain Syndrome Type I or Reflex Sympathetic Dystrophy. *Med Princ Pract.* 2006;15:46–51.

6. Goebel A, Barker CH, Turner-Stokes L. Complex regional pain syndrome in adults: UK guidelines for diagnosis, referral and management in primary and secondary care. London. 2012.
7. Vega Sarraute G. Síndrome regional complejo: revisión bibliográfica. *Med Leg Costa Rica Dic.* 2015;32.
8. Hotta J, Zhou J, Harno G, Forss H, Hari NR. Complex regional pain syndrome: The matter of white matter? *Brain Behav.* 2017;7:e00647.
9. Urits I, Shen AH, Jones MR, Viswanath O, Kaye AD. Complex regional pain syndrome, current concepts and treatment options. *Curr Pain Headache Rep.* 2018;22:10.

Katherin Clareth Castillo-Vásquez^{a,*},
Patricia Ysabel Condorhuamán Alvarado^{a,b},
Cristina Zúñiga Bartolomé^a y Paola Pastora Reinoso-Párraga^a

^a Servicio de Geriatria, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Instituto de Investigación Biomédica, Hospital Universitario La Paz (IdiPaz), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: katycastillo8812@gmail.com

(K.C. Castillo-Vásquez).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.12.005>

0211-139X/ © 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Immunogenicity, effectiveness and safety of COVID-19 vaccine in older adults living in nursing homes: Comment



Immunogenicidad, efectividad y seguridad de la vacuna COVID-19 en adultos mayores que viven en hogares geriátricos: comentario

Dear Editor,

We would like to share ideas on the publication “Immunogenicity, effectiveness and safety of COVID-19 vaccine in older adults living in nursing homes: a real-life study.”¹ Meijide Mgue et al. describe the COVID-19 vaccine immunogenicity, efficacy, and reactogenicity after complete immunization (two doses), as well as immunogenicity and reactogenicity after one booster, in healthy NH workers and elderly residents in real-world settings.¹

After receiving the initial shot and the booster, Meijide Mgue et al. discovered evidence of cellular immunity. Moreover, one resident of the study was admitted to the hospital with SARS-CoV-2. The majority of adverse effects were moderate, and no deaths associated with SARS-CoV-2 were documented.¹ The BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine is immunogenic, efficient, and safe in elderly NH inhabitants with underlying chronic illnesses, according to Meijide Mgue et al.¹

To completely comprehend the outcomes, a number of things need to be examined. Without using specific laboratory testing, it is impossible to make a relationship between asymptomatic COVID-19 and the absence of symptoms. Asymptomatic COVID-19 and the absence of clinical symptoms could be misdiagnosed without comprehensive laboratory testing. If neither the most recent clinical signals nor the most recent clinical markers are present, a silent COVID-19 must be ruled out.² Some people's immune systems appear to respond to COVID-19 differently because of additional genetic differences.³ Further clinical research is required before the findings can be validated.

Data availability statement

There is no new data generated.

Funding

None.

Conflict of interest

None.

Bibliografía

1. Meijide Míguez H, Montes García I, Ochando Gómez M, García Merino IM, Cano EL, De La Torre A. Immunogenicity, effectiveness and safety of COVID-19 vaccine in older adults living in nursing homes: a real-life study. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2023; <https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.02.009>. S0211-139X(23)00040-9. Online ahead of print.
2. Joob B, Wiwanitkit V. Letter to the Editor: Coronavirus disease 2019 (COVID-19), infectivity, and the incubation period. *J Prev Med Public Health.* 2020;53:70.
3. Čiučikaitė I, Möhlendick B, Thümmel L, Fisenkci N, Elsner C, Dittmer U, et al. GNB3 c.825c>T polymorphism influences T-cell but not antibody response following vaccination with the mRNA-1273 vaccine. *Front Genet.* 2022;13:932043.

Amnuay Kleebayoon^{a,*}, Viroj Wiwanitkit^{b,c}

^a Private Academic Consultant, Samraong, Cambodia

^b Adjunct Professor, Chandigarh University, Punjab, India

^c Adjunct Professor, Joseph Ayobabalola University, Ikeji-Arakeji, Nigeria

* Corresponding author.

E-mail address: amnuaykleeбай@gmail.com (A. Kleebayoon).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.04.004>

0211-139X/ © 2023 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.