



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

REPORTE DE CASO / CASE REPORT

Impacto de una intervención multimodal en el síndrome de dolor regional complejo con compromiso orofacial: un reporte de caso

Impact of a multimodal intervention on complex regional pain syndrome with orofacial involvement: a case report

Joan Peralta-Jara^a; Paula Espinoza-Mellado^b; Pedro Rojas-Román, MSc^c; Felipe Rosales-Lillo, MSc^{d,e}✉

^a Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile.

^b Unidad de Odontología, Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile.

^c Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile.

^d Centro de Estudios e Investigaciones en Salud y Sociedad, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago, Chile.

^e Unidad de Investigación, Desarrollo, Docencia e Innovación, Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 03/06/2025

Aceptado: 03/12/2025

Keywords:

Complex Regional Pain Syndromes; Facial Pain; Depression; Sphenopalatine Ganglion Block; Rehabilitation; Cognitive Behavioral Therapy; Deglutition Disorders

Palabras clave:

Síndromes de Dolor Regional Complejo; Dolor Facial; Depresión; Bloqueo del Ganglio Esfenopalatino; Rehabilitación; Terapia Cognitivo-Conductual; Trastornos de Deglución.

RESUMEN

El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) con compromiso orofacial es una condición poco frecuente que puede generar dolor persistente, alteraciones funcionales y afectación psicoemocional. Este reporte describe la evolución clínica de una mujer de 52 años con SDRC en la extremidad superior izquierda y extensión orofacial, y evalúa el impacto de una intervención multimodal sobre el dolor, la funcionalidad orofacial y deglutoria, y la esfera emocional. La paciente presentaba antecedente de politraumatismo tras un accidente ocurrido en 2007. En 2023 desarrolló dolor intenso y síntomas autonómicos que cumplían los criterios de Budapest, iniciándose tratamiento con bloqueo del ganglio esfenopalatino. El cuadro clínico se acompañaba de limitación mandibular, disfagia y síntomas depresivos.

Se implementó un programa terapéutico de 12 semanas que incluyó terapia cognitivo-conductual, rehabilitación fonoaudiológica orientada a la deglución y terapia kinésica maxilofacial. Para el seguimiento se utilizaron diversas escalas validadas: kinesiofobia (Tampa), depresión (PHQ-9), dolor (EVA y LANSS), función mandibular (JFLS-8), percepción de funcionalidad específica (PSFS), dinámica mandibular mediante escalímetro digital, severidad de la disfagia (DRS) y autopercepción de la deglución (EAT-10).

Tras la intervención, se evidenció mejoría en todos los parámetros evaluados. Se redujo la kinesiofobia (42 a 28 pts), los síntomas depresivos (15 a 9 pts) y el dolor (EVA 9 a 5; LANSS 26 a 10 pts). La función mandibular mejoró (33 a 19 pts), el rango de apertura aumentó (18 a 25 mm) y la percepción de funcionalidad específica se incrementó (1,0 a 7,8 pts). Asimismo, la deglución mostró avances tanto en severidad (DRS 4 a 6 pts) como en autopercepción (EAT-10 32 a 12 pts).

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: frosaleslillo@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2025.12.003>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2025 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



En conclusión, la intervención multimodal aplicada permitió reducir el dolor, mejorar la funcionalidad orofacial y deglutoria y favorecer el bienestar psicoemocional en una paciente con SDRC y compromiso orofacial.

ABSTRACT

Complex regional pain syndrome (CRPS) with orofacial involvement is a rare condition that can lead to persistent pain, functional impairment, and psychosocial impact. This case report describes the clinical evolution of a 52-year-old woman with CRPS affecting the left upper limb with extension to the orofacial region, and evaluates the effect of a multimodal intervention on pain, orofacial and swallowing function, and emotional status. The patient had a history of polytrauma following an accident in 2007. In 2023, she developed severe pain and autonomic symptoms meeting the Budapest criteria, and treatment with a sphenopalatine ganglion block was initiated. The clinical picture included limited mandibular mobility, dysphagia, and depressive symptoms.

A 12-week therapeutic program was implemented, including cognitive-behavioral therapy, speech-language pathology rehabilitation focused on swallowing, and maxillofacial physical therapy. Follow-up assessments included validated scales: kinesiophobia (Tampa Scale), depression (PHQ-9), pain (VAS and LANSS), mandibular function (JFLS-8), patient-specific functional perception (PSFS), mandibular mobility measured with a digital caliper, dysphagia severity (DRS), and swallowing self-perception (EAT-10).

After the intervention, improvements were observed across all outcome measures. Kinesiophobia decreased (42 to 28 pts), depressive symptoms lessened (15 to 9 pts), and pain was reduced (VAS 9 to 5; LANSS 26 to 10 pts). Mandibular functional limitation improved (33 to 19 pts), mouth opening increased (18 to 25 mm), and patient-specific functionality markedly improved (1.0 to 7.8 pts). Swallowing function also progressed, both in severity (DRS 4 to 6 pts) and self-perception (EAT-10 32 to 12 pts).

In conclusion, the multimodal intervention resulted in reduced pain, improved orofacial and swallowing function, and enhanced psychosocial well-being in a patient with CRPS and orofacial involvement.

INTRODUCCIÓN

El dolor orofacial es un problema frecuente, que presenta una prevalencia del 32,2%. Abarca condiciones como el dolor odontogénico, los trastornos temporomandibulares y cuadros neuropáticos o idiopáticos¹, que afectan la funcionalidad y la calidad de vida. Si bien, la Clasificación Internacional de Dolor Orofacial sistematiza diversas entidades, aún no incorpora el Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC). Este síndrome, reconocido por la IASP y la CIE-11 como dolor crónico primario o neuropático, se caracteriza por dolor persistente y desproporcionado tras una lesión, acompañado de manifestaciones autonómicas, sensoriales y motoras^{2,3}. El componente orofacial en el SDRC es raro, lo que podría explicar la ausencia de criterios específicos. Al responder insuficientemente a terapias unimodales⁴, se destaca un caso tratado con enfoque multidisciplinario desde la odontología, kinesiólogía, fonoaudiología y psicología, que mostró avances relevantes en la rehabilitación de una paciente.

Objetivo

Evaluar el impacto de una intervención multimodal sobre el dolor, la funcionalidad orofacial y deglutoria, y el estado psicoemocional en una paciente con SDRC en extremidad superior izquierda con compromiso orofacial.

Caso clínico

Mujer de 52 años, diestra, sin antecedentes mórbidos, funcional y físicamente activa, pensionada por invalidez tras politraumatismo secundario a accidente vehicular durante el 2007. Como consecuencia, desarrolló hipoacusia sensorioneural izquierda progresiva, hemiparesia izquierda, reducción del campo visual y trastornos de memoria. El golpe contuso a nivel craneofacial evolucionó a una osteoartritis severa de las articulaciones temporomandibulares, por lo que fue derivada en 2019 a la Unidad de Odontología del Hospital San Juan de Dios (figura 1).

Se realizaron dos infiltraciones bilaterales con corticoesteroides y ácido hialurónico, culminando en 2021 en una artroplastía bilateral. El manejo farmacológico incluyó AINEs y pregabalina. La evolución del dolor fue estable, con intensidad moderada. Posterior a la artroplastía, la paciente reportó aumento en la intensidad del dolor junto a la aparición de síntomas autonómicos, orientando a un compromiso neuropático mayor. Se realizaron intervenciones por las especialidades de trastornos temporomandibulares y dolor orofacial. Se realizó bloqueo ganglionar estrellado una vez al mes por cuatro meses para modular el componente autonómico del dolor. En 2023, tras aplicar criterios de Budapest, se diagnosticó SDRC de extremidad superior

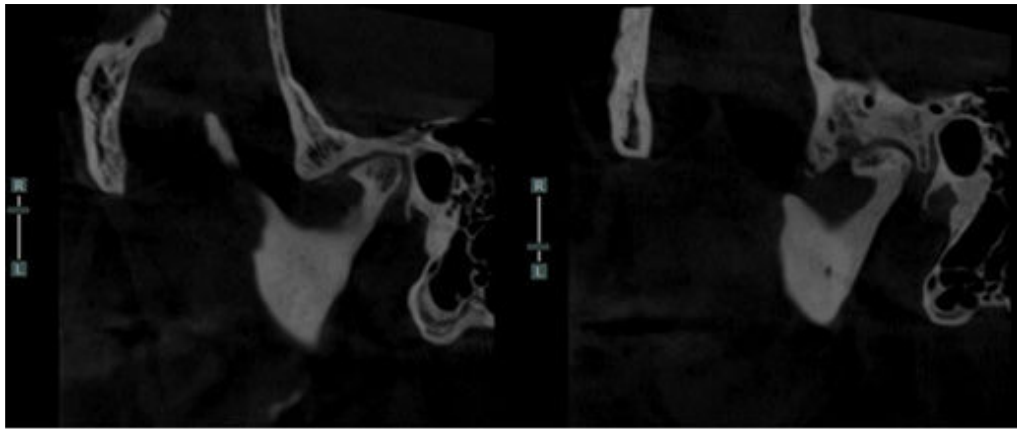


Figura 1. Tomografía computarizada. Corte sagital de articulaciones temporomandibulares, boca cerrada. Alteración articular izquierda, erosión y pérdida importante del espacio articular en ambas superficies.

izquierda. Además, se extrapoló clínicamente con signos y síntomas de compromiso orofacial. Por ello, se derivó al Programa de Rehabilitación Temporomandibular y Alteraciones Maxilofaciales del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. La figura 2 muestra la línea de tiempo con los principales antecedentes.

A la evaluación inicial la paciente presentaba un cuadro de dolor orofacial y de extremidad superior izquierda, acompañado de síntomas autonómicos, sensoriales y motores. Manifestaba cefaleas matutinas, rigidez cervical, trastornos del sueño y dificultad en la alimentación, que afectaba negativamente su participación sociolaboral, deterioro del estado psicoemocional y compromiso en su calidad de vida. Se complementó el manejo con fonoaudiología del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y psicología de la Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor.

El examen clínico reveló dolor 8/10 en escala EVA a la palpación de la musculatura masticatoria con predominio izquierdo, hipersensibilidad dentaria y facial izquierda, alteración en la dinámica mandibular, disfunción de la mímica facial y del componente cervical (ver figura 3). Asimismo, se evidenció una marcada limi-

tación del sistema estomatognático, afectando la respiración, masticación y deglución. Dado el riesgo funcional, se realizó videofluoroscopia junto a evaluación clínica de la deglución. Se diagnosticó disfagia orofaríngea leve a moderada, caracterizada por disfunción de la fase oral con escape posterior con todas las consistencias, acentuado con “pudín”, “sólido-blando” y “líquido claro”. Se evidenció reflejo tusígeno como mecanismo de protección de la vía aérea durante la deglución.

Se inició un programa de rehabilitación de 12 semanas posterior al ciclo de bloqueo del ganglio esfenopalatino. Durante las semanas 1, 7 y 12 se aplicaron los siguientes instrumentos: Tampa (kinesiofobia), PHQ-9 (depresión), EVA y LANSS (dolor), JFLS-8 (función mandibular), PSFS (funcionalidad específica) y dinámica mandibular de apertura oral con escalímetro digital. Durante las semanas 1 y 12 las escalas DRS (severidad de la disfagia) y EAT-10 (autopercepción de la deglución). La intervención psicológica consistió en un total seis sesiones quincenales, enfocadas en contención emocional y terapia cognitivo-conductual, abordando conductas ansiógenas, reconceptualización del dolor y estrategias de afrontamiento. La rehabilitación fonoaudiológica

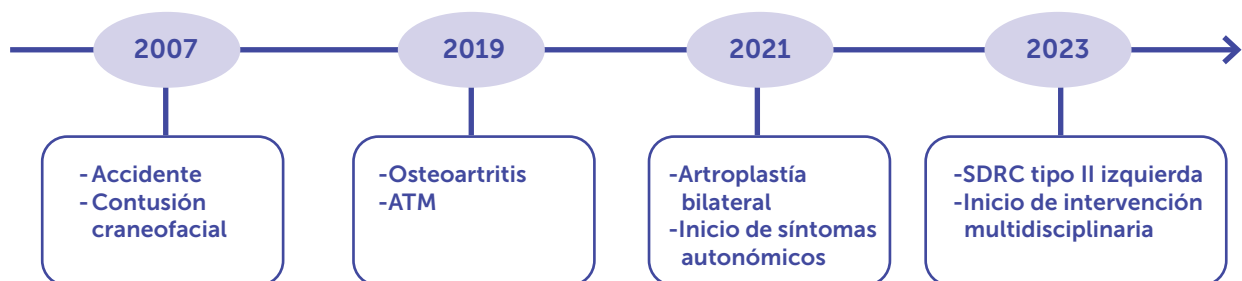


Figura 2. Línea de tiempo desde el accidente vehicular hasta el término de la intervención multidisciplinaria.

SDRC: Síndrome de Dolor Regional Complejo

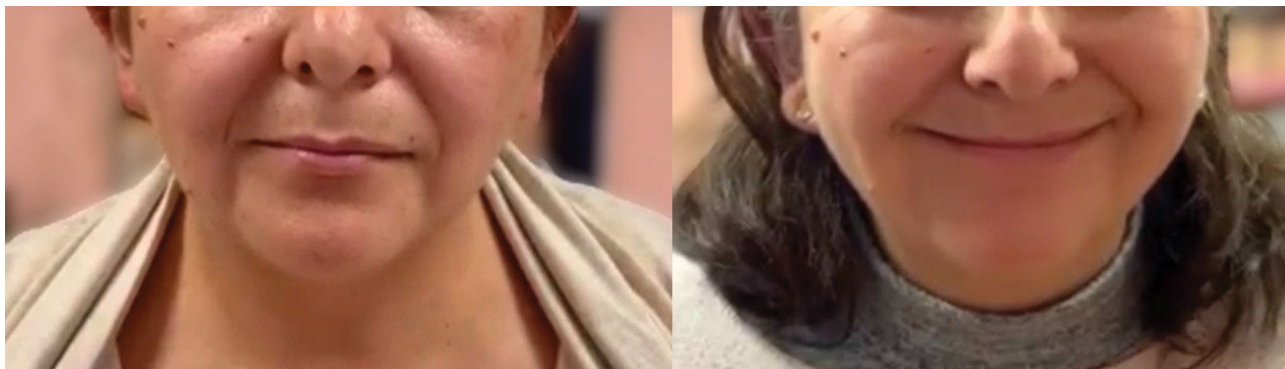


Figura 3. A la izquierda, evidencia de asimetría facial en reposo. A la derecha, simetría facial en ejercicios de mímica.

se enfocó en el manejo de la disfagia orofaríngea y motricidad orofacial, con sesiones semanales de 30 minutos destinadas a potenciar el equilibrio miofuncional, incrementar la sensibilidad intraoral, fortalecer la musculatura suprahiodea y lingual, entrenar consistencias específicas, y reeducar el patrón masticatorio para posteriormente lograr mayor confort y seguridad deglutoria. La rehabilitación kinesiológica maxilofacial incluyó tres sesiones semanales basadas en reorganización cortical y modulación del dolor. En la primera etapa se ejecutó un protocolo de juicio de lateralidad mediante imágenes digitales de cara y extremidades, para estimular la percepción corporal y la activación cortical. En la segunda etapa se incorporó imaginaria motora graduada implícita, dirigida al reconocimiento somático del territorio orofacial y la extremidad superior, con énfasis en modular la actividad de la corteza somatosensorial primaria. Posteriormente, se integró terapia espejo adaptada con un ángulo de 90°, combinada con ejercicios de mímica facial para favorecer la integración del esquema corporal y la modulación del dolor.

Luego de 12 semanas se consignaron mejoras en todos los ámbitos: disminución de la kinesiofobia, reducción de síntomas ansiógenos, reducción de dolor, aumento de la funcional y dinámica mandibular, mayor percepción de funcionalidad específica, deglución dentro de límites funcionales con independencia relativa, y mejor autopercepción de la deglución.

Funcionalmente, se observó una limitación inicial severa en actividades como “masticar comidas difíciles de triturar” y “bostezar” (JFLS-8). Se identificaron además limitaciones de grado intermedio en “masticar pollo”, “tragar” y “sonreír”. Tras la intervención terapéutica, se evidenció una mejoría generalizada, exceptuando las actividades de masticación, que mantuvieron cierto grado de alteración. Los resultados reflejan avances tras la intervención deglutoria, evidenciados en la mejora progresiva de la alimentación con consistencias blan-

das y líquidos en sorbos pequeños, mayor activación y movilidad de músculos orofaciales, reducción del escape de líquidos y residuos faríngeos, y aumento de la seguridad y eficacia de la deglución. Así, la paciente progresó de una disfagia orofaríngea leve-moderada a una deglución funcional con independencia relativa (DRS 4 a 6). Sin embargo, el puntaje de EAT-10, aunque disminuido en 20 puntos, reflejó posibles limitaciones en la eficacia y seguridad del proceso.

Según la escala PSFS, inicialmente la mayoría de las actividades presentaban altos niveles de incapacidad funcional. Al finalizar, la paciente refirió recuperar completamente la capacidad de peinarse y cepillarse los dientes. Además, logró un funcionamiento intermedio en actividades como ducharse, tejer, vestirse, barrer y caminar. En la evaluación emocional inicial, la paciente reportó sentir nerviosismo, ansiedad o estar al límite casi todos los días, mientras que síntomas como preocupación, falta de interés o placer, y sentimientos de decaimiento, depresión o desesperanza se presentaban varios días a la semana. Al término del proceso terapéutico, la frecuencia de los sentimientos de nerviosismo y ansiedad, junto con los síntomas depresivos se redujeron a ningún día de la semana. Asimismo, la percepción del impacto funcional de estos síntomas en el ámbito laboral, doméstico y relacional pasó de ser considerada “muy difícil” a “un poco difícil”, reflejando una mejoría subjetiva significativa en la calidad de vida de la paciente. Los antecedentes del progreso clínico tras el programa de rehabilitación se muestran en la figura 4.

DISCUSIÓN

En el contexto del SDRC en extremidad superior izquierda con compromiso orofacial, una de las manifestaciones menos exploradas es la alteración del esquema corporal, evidenciada clínicamente como déficit en el juicio de lateralidad, asociada a disfunción en la representación mental del cuerpo, particularmente

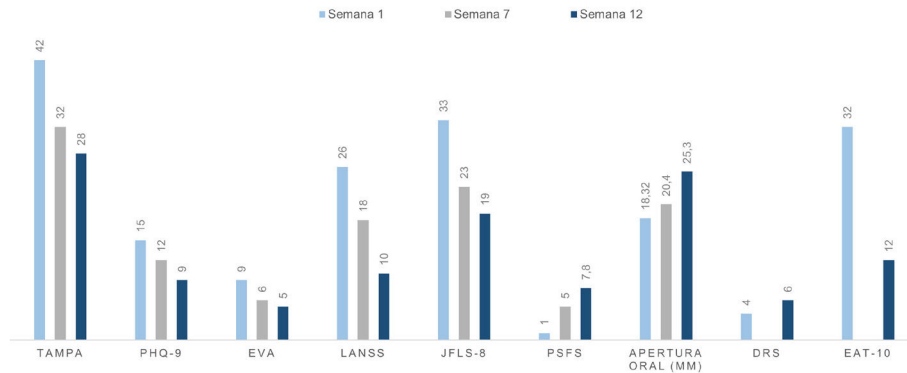


Figura 4. Progreso clínico tras programa multidisciplinario. Aplicación de herramientas de evaluación a la semana 1, 7 y 12 post intervención multidisciplinaria.

TAMPA: Escala de Tampa de kinesiofobia (mide el miedo al movimiento); PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*): cuestionario del paciente de 9 ítems (evalúa síntomas depresivos); EVA (Escala Visual Análoga del Dolor): medida subjetiva de intensidad del dolor en una escala de 0 a 10; LANSS (*Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs*): evaluación de síntomas y signos neuropáticos para identificar dolor neuropático; JFLS-8 (*Jaw Functional Limitation Scale-8*): escala de 8 ítems que mide la limitación funcional mandibular; PSFS (*Patient-Specific Functional Scale*): escala de funcionalidad específica reportada por el paciente para actividades relevantes para su vida diaria; APERTURA ORAL: apertura de la boca medida en milímetros (mm); DRS (*Dysphagia Risk Screening Tool/Dysphagia Rating Scale*): escala de severidad o riesgo de disfagia según versión aplicada (habitualmente empleada como *Dysphagia Rating Scale* en rehabilitación); EAT-10 (*Eating Assessment Tool-10*): cuestionario de 10 ítems que evalúa la autopercepción de dificultad para deglutir.

en la corteza somatosensorial primaria⁵. Este componente orofacial, que no está incorporado en los criterios Budapest, es llamativo por la presencia de dolor desproporcionado tras un politraumatismo de alta energía. Ello junto con signos autonómicos y motores, y un fenotipo sensorial caracterizado por alodinia e hiperalgesia. Se apoya la idea de extrapolación diagnóstica del SDRC tipo II al territorio trigeminal, diferenciándolo de una neuropatía trigeminal postraumática simple.

Este trabajo aporta en documentar la respuesta de un abordaje multidisciplinario en una paciente con SDRC y compromiso orofacial, condición no incluida en la Clasificación Internacional de Dolor Orofacial, que podría explicarse por su baja prevalencia. De este modo, se apoya la idea de generar investigaciones en el área para posibles clasificaciones a nivel craneofacial.

En fases crónicas del SDRC, la neuroplasticidad central desempeña un papel crucial en la perpetuación del dolor⁶. La imaginación motora graduada ha mostrado beneficios clínicos al reducirlo, mejorando la función mediante la activación de redes corticales motoras sin movimiento real. A su vez, la terapia espejo utiliza retroalimentación visual para restablecer la simetría interhemisférica y facilitar la integración sensoriomotora, mejorando el rango de movimiento, la fuerza y disminuyendo el dolor⁷.

El enfoque en estos pacientes debe ser integral. Los programas estructurados que combinan farmacoterapia, psicología, fonoaudiología, fisioterapia y ejercicio terapéutico para mo-

dular los sistemas nerviosos central y periférico se encuentra evidenciado^{8,9}. El bloqueo del ganglio esfenopalatino destaca como intervención útil del dolor orofacial refractario con componente simpático. Su aplicación en este caso logró modular el sistema autónomo¹⁰.

Dentro de las limitaciones, si bien, se aplicaron escalas que midieron diversos componentes, los clínicos no indagaron en otros aspectos como participación y función física, catastrofismo e impresión global del cambio por parte de la paciente. Ello habría otorgado un análisis más enriquecedor del caso reportado.

Se espera un pronóstico favorable a mediano plazo, con fase de mantención de ejercicios y controles trimestrales para monitorizar el progreso.

CONCLUSIONES

La rehabilitación integral en la paciente con compromiso orofacial y SDRC redujo el dolor, mejoró la funcionalidad deglutoria y orofacial, aumentó la percepción de rehabilitación y de salud mental. El manejo oportuno, que integró bloqueo del ganglio esfenopalatino y terapias de neuromodulación cortical, demostró ser una estrategia efectiva en este caso complejo. Se requiere de investigaciones en el área para estudiar la eficacia de los tratamientos en este tipo de pacientes.

Consideraciones éticas

Se realizó el proceso de consentimiento informado para obtener la voluntariedad de participación de la paciente. El caso fue aprobado por el Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios bajo el código 172 de fecha 25 de julio de 2024.

Financiación

Los autores declaran no contar con fuente de financiamiento.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). Cephalalgia. 2020 Feb;40(2):129-221. doi: 10.1177/0333102419893823.
2. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennet MII, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain. 2019 Jan;160(1):19-27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
3. Alshehri FS. The complex regional pain syndrome: Diagnosis and management strategies. Neurosciences (Riyadh). 2023 Oct;28(4):211-219. doi: 10.17712/nsj.2023.4.20230034.
4. Parkitny L, Wand BM, Graham C, Quintner J, Moseley GL. Interdisciplinary Management of Complex Regional Pain Syndrome of the Face. Phys Ther. 2016 Jul;96(7):1067-73. doi: 10.2522/ptj.20150183.
5. Ravat S, Olivier B, Gillion N, Lewis F. Laterality judgment performance between people with chronic pain and pain-free individuals. A systematic review and meta-analysis. Physiother Theory Pract. 2020 Dec;36(12):1279-1299. doi: 10.1080/09593985.2019.1570575.
6. Cutts S, Gangoo S, Srinivasan SH, Modi N, Pasapula C, Power D. Complex regional pain syndrome: an evolving perspective. Postgrad Med J. 2021 Apr;97(1146):250-255. doi: 10.1136/postgradmedj-2020-137808.
7. Machač S, Chasáková L, Kakawand S, Kozák J, Štěpánek L, Vejvalka J, et al. Mirror visual feedback as therapeutic modality in unilateral upper extremity complex regional pain syndrome type I: randomized controlled trial. Eur J Phys Rehabil Med. 2024 Apr;60(2):280-291. doi: 10.23736/S1973-9087.23.07625-6.
8. Elomaa M, Hotta J, de C Williams AC, Forss N, Äyräpää A, Kalso E, Harno H. Symptom reduction and improved function in chronic CRPS type 1 after 12-week integrated, interdisciplinary therapy. Scand J Pain. 2019 Apr 24;19(2):257-270. doi: 10.1515/sjpain-2018-0098. PMID: 30789827.
9. Li TS, Wang R, Su X, Wang XQ. Effect and mechanisms of exercise for complex regional pain syndrome. Front Mol Neurosci. 2023 May 3;16:1167166. doi: 10.3389/fnmol.2023.1167166.
10. Kaya SS, Çelik Ş, Akçaboy EY, Göksu H, Yıldız G, Şahin Ş. Effect of neuropathic pain on sphenopalatine ganglion block responses in persistent idiopathic facial pain. Neurol Res. 2023 May;45(5):400-406. doi: 10.1080/01616412.2022.2149187.