

A PROPÓSITO DE UN CASO: Lumbociatalgia crónica con evolución a Sd. Dolor Regional Complejo (SDRC)

Urizarbarrena Viera J., Suarez Rodríguez J. y Ruiz de Gopegui Aramburu K.

Cirugía Ortopédica y Traumatología. H. Galdakao-Usansolo Bizkaia

OBJETIVO

Presentar un caso clínico sobre un paciente con reagudización de lumbociatalgia que evoluciona a SDRC

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Dolor Regional Complejo es una respuesta inflamatoria exagerada que activa de modo sostenido el Sistema Simpático. Esta afección suele ser idiopática aunque puede deberse menos frecuentemente a lesión nerviosa

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 47 años, con antecedente de caída desde 13 metros de altura 5 años antes del episodio actual, en seguimiento desde entonces por Unidad de Columna por lumbociatalgia izquierda. Acude al servicio de Urgencias por reagudización de dolor. Refiere dolor lumbar izquierdo irradiado a cara lateral de muslo y pierna hasta tobillo. A la exploración presenta Lasegue + a 30° y Bragard + a 25° con hipoestesia en toda extremidad inferior izquierda, reflejos osteotendinosos preservados y fuerza no valorable por dolor a la movilización. Finalmente, el paciente ingresa para control del dolor

RMN: en 2023 se describe como voluminosa hernia discal dorsal – paracentral izquierda extruida en L3-L4 con impronta significativa de saco tecal y ocupación del foramen izquierdo comprometiendo la raíz L3 homolateral, y en 2024 no se visualizan cambios

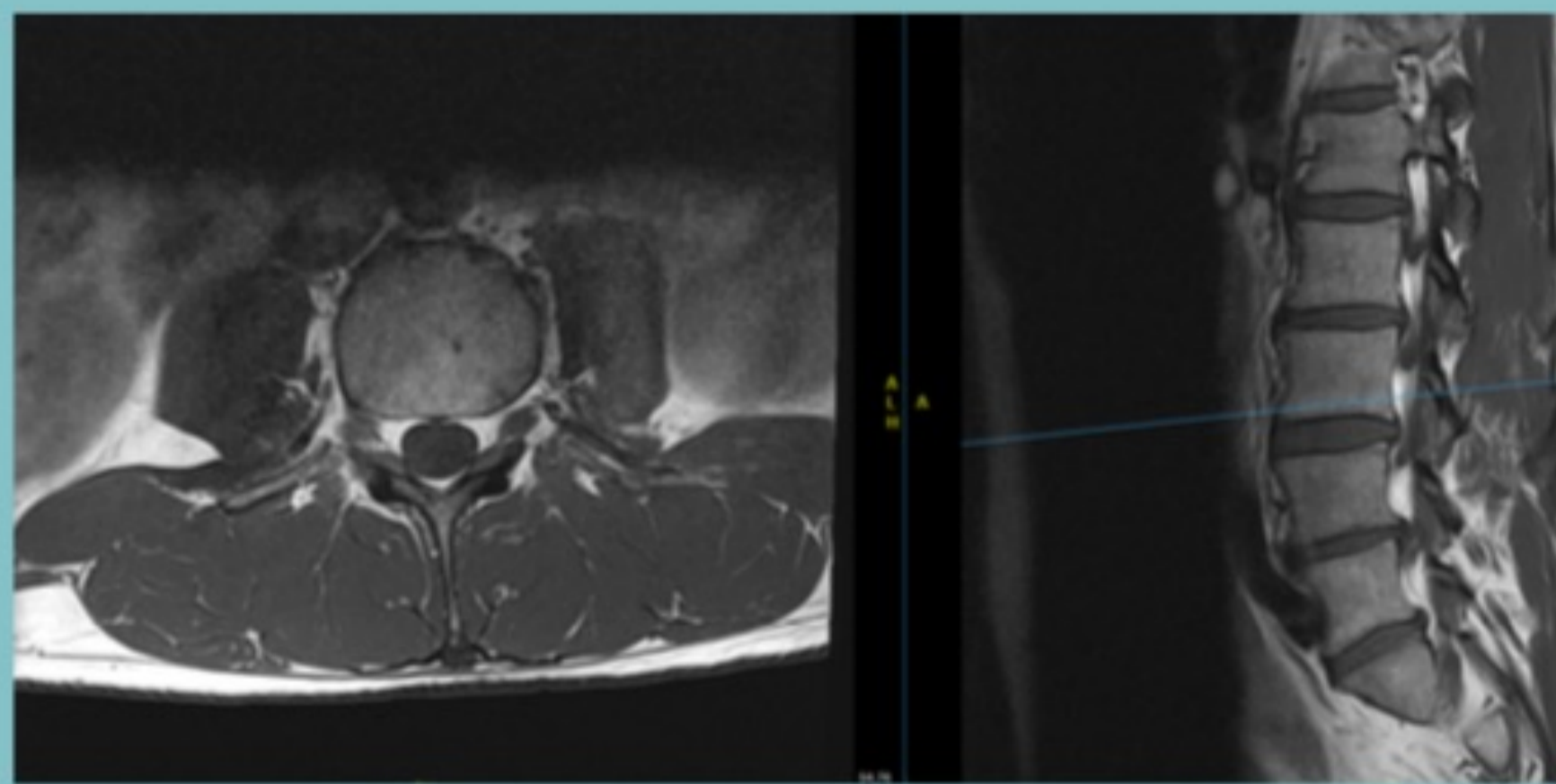


Foto 1. RMN 2023

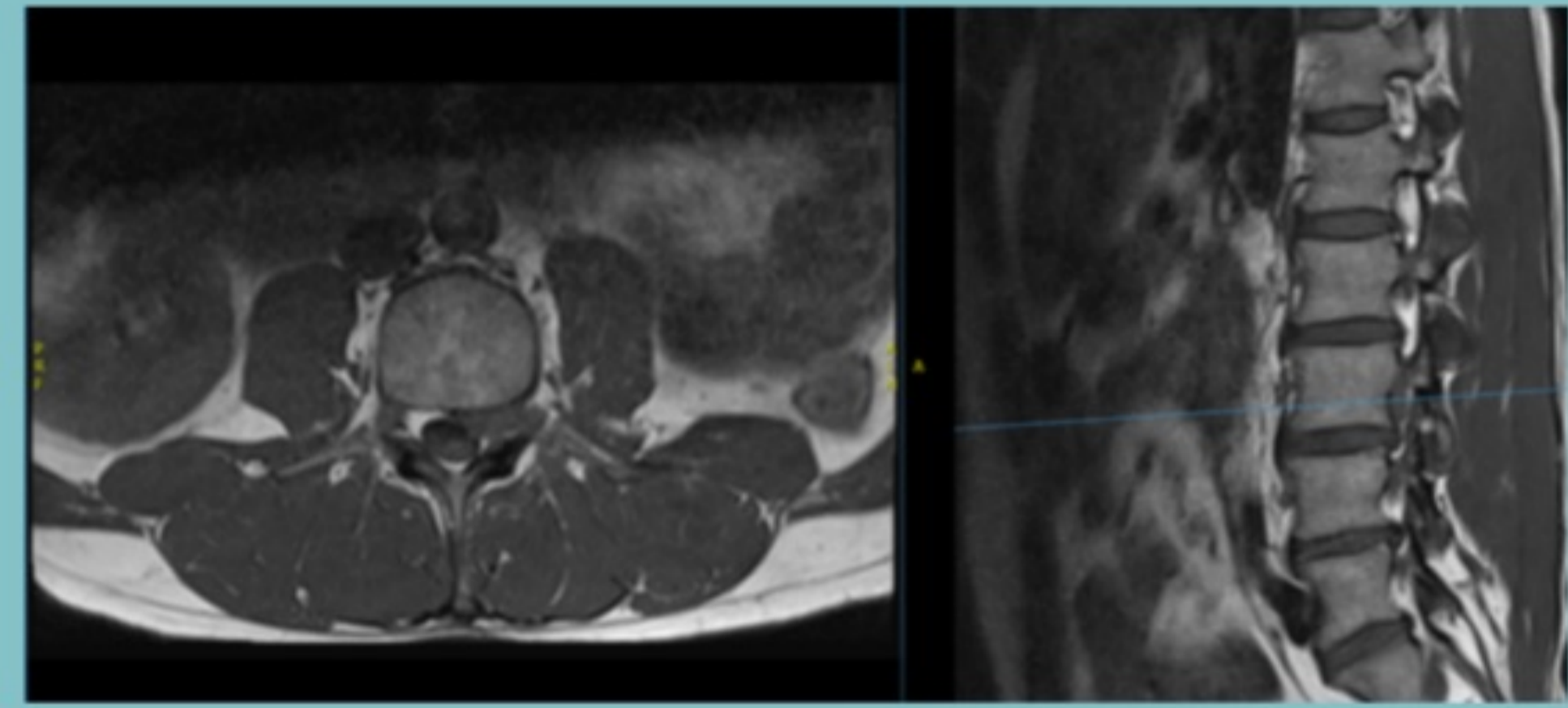


Foto 2. 2024

Durante el ingreso fue valorado por la Unidad de Columna del centro que descartó indicación quirúrgica debido a que la clínica del paciente cambió y a la discrepancia con la nueva RMN. El dolor del paciente se centró sobre la pierna y tobillo izquierdos de manera generalizada con características hiperálgicas e impotencia funcional. A la exploración refirió dolor al mínimo roce, presentaba la extremidad eritematosa, edematosa, fría y sudorosa, sin signos de trombosis venosa profunda (TVP) ni vasculopatía periférica. Se realizó ECO-Doppler la cual descartó la posibilidad de TVP y se llevó a cabo Rx además de RMN de la zona de pie-tobillo donde el único hallazgo fue un linfedema subcutáneo.

Habiendo descartado otras causas y cumpliendo los "Criterios Diagnósticos de Budapest para SDRC" se diagnosticó SDRC. En concreto tipo 2, debido a la posible lesión nerviosa en relación a la hernia discal, siendo las lesiones radiculares la 2ª causa más frecuente entre los casos con causa identificable.



Foto 3. Imagen de tobillos bilateral

1. Dolor continuo, desproporcionado para el evento causante.
2. Debe cumplir al menos un síntoma, en tres de las cuatro categorías siguientes:
 - **Sensorial:** hiperestesia y/o alodinia
 - **Vasomotor:** asimetría de la temperatura cutánea y/o cambios en el color de la piel y/o asimetría color de la piel
 - **Sudomotor:** edema y/o cambios de sudoración y/o sudoración asimétrica
 - **Motor:** disminución del rango de movilidad y/o disfunción motora (temblor, distonía, debilidad) y/o cambios tróficos (piel, pelo, uñas)
3. Debe cumplir al menos un signo en dos o más de las cuatro categorías siguientes:
 - **Sensorial:** evidencia de hiperalgesia (al pinchazo) y/o alodinia (al tacto/térmica/presión profunda/movimiento articular)
 - **Vasomotor:** evidencia de asimetría de la temperatura cutánea > 1°C y/o asimetría del color cutáneo y/o cambios de color cutáneo
 - **Sudomotor:** evidencia de edema y/o cambios de sudoración
 - **asimétrica**
 - **Motor:** evidencia de disminución del rango de movilidad y/o disfunción motora (temblor, distonía, debilidad) y/o cambios tróficos (piel, pelo, uñas)
4. Descartar otras patologías que puedan explicar los síntomas y signos previos

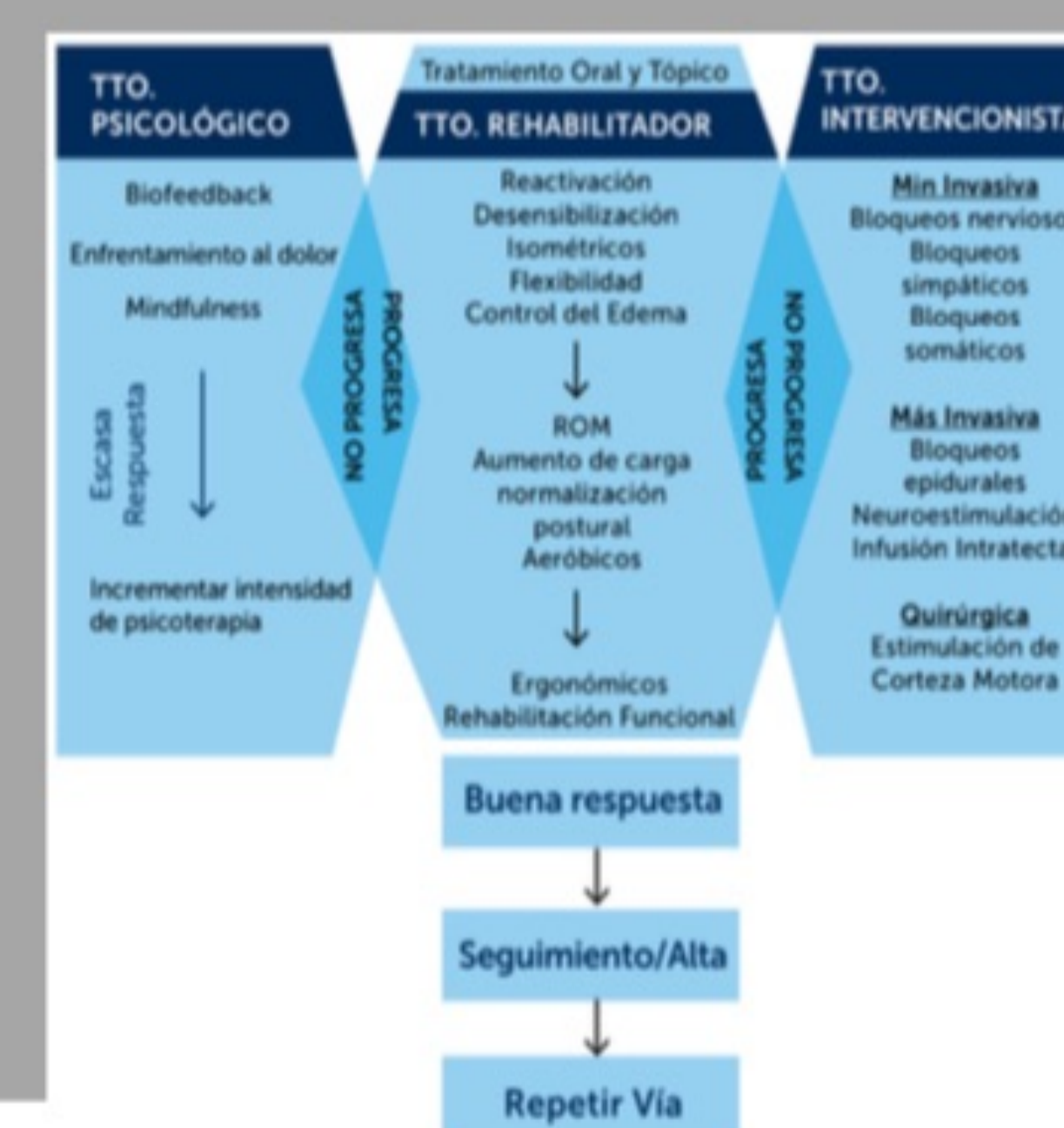
Foto 4. Criterios Diagnósticos de Budapest

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El Síndrome de dolor regional complejo es una enfermedad caracterizada por dolor espontáneo o inducido, desproporcionado con relación al evento inicial y que se acompaña de una gran variedad de alteraciones autonómicas y motoras. Se clasifica en 2 tipos, dependiendo de si ha habido o no daño o lesión nerviosa previa. El 85% de los casos son de tipo I, donde no ha sido posible identificar una lesión nerviosa, y el resto son de tipo II.

El diagnóstico de esta afección será totalmente clínico usando por ejemplo los criterios de Budapest y una exploración seriada del paciente

El tratamiento se basa en la terapia multidisciplinar, compuesta por tratamiento psicológico, tratamiento rehabilitador y por último tratamiento intervencionista, donde debemos dejar de lado cualquier gesto quirúrgico



BIBLIOGRAFÍA

- Martín, F. J., & de Andrés Ares, J. (2019). Síndrome de dolor regional complejo: Claves diagnósticas para el médico no especialista. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6), 446-458
- Castillo-Guzmán, S., Nava-Obregón, T. A., Palacios-Ríos, D., Estrada-Cortinas, J. Á., González-García, M. C., Mendez-Guerra, J. F., & González-Santiago, O. (2015). Complex regional pain syndrome (CRPS), a review. *Medicina universitaria*, 17(67), 114-121..