

## *Manejo de síndrome de dolor regional complejo: a propósito de un caso*

M. Lozano Gómez, M. T. Relaño Cobian, A. Espinosa García y J. C. de la Pinta García

*Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid*

---

Lozano Gómez M, Relaño Cobian MT, Espinosa García A y de la Pinta García JC. Manejo de síndrome de dolor regional complejo: a propósito de un caso. *Rev Soc Esp Dolor* 2018;25(3):163-165.

### ABSTRACT

The complex regional pain syndrome is a disease that is characterized by pain, functional impotence, vasomotor disorders and trophic alterations. This syndrome combines several types of pain, neuropathic and nociceptive pain, associated with abnormal activity of the sympathetic nervous system.

In this case report, we describe the echo-guided pulsed radiofrequency over the median nerve, it has been a low-invasive option with a good response for pain control, being a valid alternative for patients in whom conventional therapy has not worked.

**Key words:** Complex regional pain syndrome, radiofrequency.

### RESUMEN

El síndrome de dolor regional complejo es una enfermedad que se manifiesta con una clínica variada que se caracteriza por dolor, impotencia funcional, trastornos vasomotores y alteraciones tróficas. En este síndrome se combinan varios tipos de dolor, neuropático y nociceptivo, asociados con una actividad anormal del sistema nervioso simpático.

En el caso que describimos, la radiofrecuencia pulsada ecoguiada sobre el nervio mediano ha supuesto una opción poco invasiva y con buena respuesta para control del dolor, siendo una alterna-

tiva válida para pacientes en los que la terapia convencional no ha funcionado.

**Palabras clave:** Síndrome dolor regional complejo, radiofrecuencia.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) es una enfermedad que se manifiesta con una clínica variada que se caracteriza por dolor, impotencia funcional, trastornos vasomotores y alteraciones tróficas. En este síndrome se combinan varios tipos de dolor, neuropático y nociceptivo, asociados con una actividad anormal del sistema nervioso simpático.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 53 años. En su historia médica destaca anticoagulación por trombosis venosa profunda en relación a factor V Leiden, sin más antecedentes de interés. Se le realizó artroplastia de articulación interfalángica proximal del 3<sup>er</sup> dedo de la mano izquierda por dolor en relación con artropatía inflamatoria. Tras la intervención de la mano izquierda, el paciente comenzó a presentar un proceso inflamatorio con tumefacción y limitación funcional importante. El dolor era de características neuropáticas que describía como quemazón y sensación punzante localizado

en el tercer dedo y que se irradiaba al 2º y 4º dedo, con un VAS en reposo de 6 sobre 10 y VAS de 10 sobre 10 en movimiento. También se acompañaba de pérdida de fuerza, rigidez, hipoestesia y alodinia, cuya distribución correspondía al recorrido del nervio mediano a nivel de la mano.

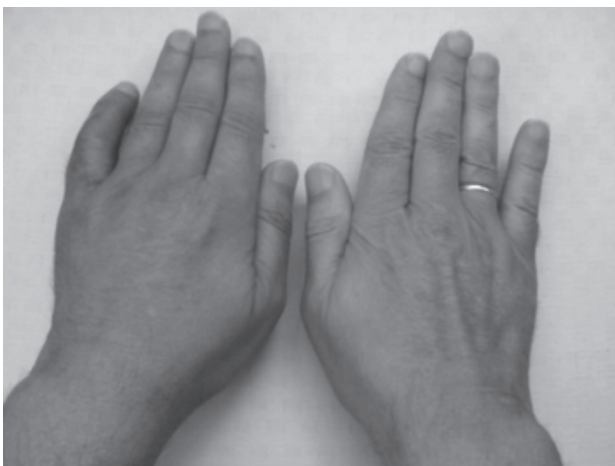
Se le realizó electromiograma donde se objetivó neuropatía sensitivo-motora del nervio mediano a nivel distal y gammagrafía ósea que presentaba patrón gammagráfico que podía corresponder a fase atrófica de SDRC.

Finalmente, se le diagnosticó de SDRC postintervención quirúrgica.

Tras ser valorado por Servicio de Traumatología, Neurología y Reumatología, y tras la falta de respuesta a fármacos analgésico (AINE y paracetamol) y a la incapacidad de realizar rehabilitación por dolor, fue remitido a nuestra Unidad de Dolor (Figura 1).

En nuestra consulta se inició manejo terapéutico con tramadol 50 mg/8 h, gabapentina con dosis progresivas hasta 600 mg cada 8 h (mala tolerancia a pregabalina) y parche de lidocaína 5 % sobre la zona afectada con alodinia. Además se programó para realizar bloqueo con isquemia de lidocaína y clonidina i.v. con mala tolerancia y escasa respuesta a la terapia. Dos semanas después el dolor no había disminuido, por lo que se retiran parches de lidocaína y se añade fentanilo bucal para crisis de dolor irruptivo antes de las sesiones de rehabilitación, ya que era el momento de máximo dolor según lo describía el paciente, y pautamos parches de fentanilo TDD a dosis bajas (12 mcg).

Fue revisado para ajustar el tratamiento, ya que comenzó con sensación de mareo y somnolencia y se decidió suspender el parche de fentanilo, pero tampoco toleró bien el tapentadol, por lo que se decidió mantener solo los rescates antes de las sesiones de rehabilitación, ya que así podía realizar los ejercicios durante las mismas.



**Fig. 1.** Manos del paciente antes de iniciar el tratamiento.

Durante este periodo, la evolución del paciente fue tórpida; refería mejora leve del dolor pero cada vez precisaba más dosis de fentanilo intranasal hasta desarrollar conductas adictivas reconocidas por el paciente.

Se derivó a servicio de psiquiatría para llevar a cabo manejo multidisciplinar en relación con las conductas adictivas y el insomnio, y se propuso realizar radiofrecuencia del nervio mediano que el paciente aceptó. Tras varias semanas de tratamiento consiguió suspender los opioides de liberación rápida sin más incidencias.

Se le realizó técnica de radiofrecuencia pulsada sobre nervio mediano bajo visión ecográfica y posterior infiltración de mepivacaína 0,5 % y 40 mg de triamcinolona. Se le llamó a las 24 h del procedimiento, al mes y a los tres meses, para ver si mantenía la misma intensidad de su cuadro álgico y nos comentó una disminución clara de su dolor en movimiento y se consiguió mejor control de dolor alcanzando VAS de 2-3 sobre 10, lo que permitió realizar rehabilitación completa con recuperación de la movilidad. Fue necesario la repetición de la técnica a los seis meses más tarde con igual respuesta.

En este momento el paciente continúa en seguimiento por Unidad de Dolor y ha alcanzado buen control de dolor gracias a la técnica de radiofrecuencia pulsada del nervio mediano, sigue su tratamiento con gabapentina y fármacos antidepresivos pautados por el psiquiatra (bupropión, olanzapina, mirtazapina) (Figura 2).



**Fig. 2.** Mano izquierda un mes después de radiofrecuencia del mediano.

## DISCUSIÓN

Aunque existen algunos analgésicos útiles en el tratamiento del dolor asociado al SDRC, el mejor tratamiento de los SDRC es un abordaje multidisciplinario que incluya tratamiento farmacológico, fisioterapia y psicoterapia.

En el caso que describimos, la radiofrecuencia pulsada ecoguiada sobre el nervio mediano ha supuesto una opción poco invasiva y con buena respuesta para control del dolor, siendo una alternativa válida para pacientes en los que la terapia convencional no ha funcionado.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Jeon IC, Kim MS, Kim SH. Median Nerve Stimulation in a Patient with Complex Regional Pain Syndrome Type II. *J Korean Neurosurg Soc* 2009;46(3):273-6. DOI: 10.3340/jkns.2009.46.3.273.