



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2909 - DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEJA O SÍNDROME DE SUDECK

M.P. Carlos González<sup>a</sup>, R. Segura Granda<sup>b</sup>, N. Santos Méndez<sup>c</sup>, L. Alli Alonso<sup>d</sup>, M.J. Labrador Hernández<sup>e</sup>, V. Acosta Ramón<sup>a</sup>, J.L. Cepeda Blanco<sup>f</sup>, V.E. Choquehuanca Núñez<sup>g</sup>, J. Andino López<sup>h</sup> y S. Neila Calvo<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia; <sup>i</sup>Internista. Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. <sup>c</sup>Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior José Barros. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 43 años, afecta de parálisis infantil del lado izquierdo, acude por dolor y tumefacción de pie derecho con cambios tróficos de la piel y partes blandas, disfunción motora, cianosis y frialdad, con pulsos distales conservados de 14 meses de evolución que aparece posteriormente a un esguince de tobillo que fue inmovilizado con Tensoplast®.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se realizó de manera diferida una ECO de partes blandas que se informó como engrosamiento e hipoecogenicidad del LLE del tobillo en relación con patología inflamatoria a dicho nivel.

**Juicio clínico:** Distrofia simpático-refleja o síndrome de Sudeck.

**Diagnóstico diferencial:** Traumatismo.

**Comentario final:** La distrofia simpático-refleja (DSR) es una enfermedad compleja de causa desconocida y que puede tener consecuencias graves. Es habitual el diagnóstico tardío. Normalmente se produce tras un traumatismo y produce una sensación de quemazón con trastornos tróficos de la piel y alodinia. Al parecer, el sistema simpático queda anormalmente activado, produciendo sustancias que activan los nociceptores y perpetúan el dolor al tiempo que se producen trastornos vasomotores permanentes. No hay una prueba específica para diagnosticar la DSR, el diagnóstico se basa en cumplir una serie de criterios clínicos, los datos analíticos sugestivos de inflamación aguda (VSG, proteína C reactiva, recuento leucocitario, otros reactantes de fase aguda) suelen ser normales, la radiología ha sido la prueba objetiva más fiable, aun así los datos radiológicos son posteriores a la clínica, el estudio gammagráfico en tres fases con tecnecio-difosfonato es de diagnóstico más precoz que con radiología convencional, con la RMN los datos aparecen en fases precoces, pero son absolutamente inespecíficos, la termografía, EMG y la respuesta al bloqueo simpático tampoco son concluyentes. Conclusiones: 1. El diagnóstico precoz es fundamental para un pronóstico favorable. 2. No existe una pauta fija el tratamiento de este

síndrome, esencialmente por la variabilidad de formas de presentación y su complejidad. 3. Una vez instaurado el síndrome, la base terapéutica, es el tratamiento físico rehabilitador, junto con apoyo psicológico.

### **Bibliografía**

1. Doury P, Pattin S, Eulry F, Fauquert P, Srandier R, Gaillard JF. L&#39algodystrophie du senou. A propos d&#39une serie de 125 observations. Rev Rheum. 1987;54:655-9.

**Palabras clave:** *Distrofia simpática refleja. Traumatismo. Síndrome de Sudeck.*