www.printo.it/pediatric-rheumatology/CL/intro

Síndrome de dolor en las extremidades

Versión de 2016

3. Síndrome de dolor regional complejo de tipo 1 (Sinónimos: distrofia simpática refleja, síndrome de dolor musculoesquelético idiopático localizado)

3.1 ¿ Qué es?

Dolor muy intenso de causa desconocida en una extremidad, que se asocia con frecuencia a alteraciones cutáneas (cambios de color, temperatura , etc. en la piel)

3.2 ¿ Cuán frecuente es?

Su frecuencia se desconoce. Sin embargo, se sabe que es más frecuente en adolescentes (edad media alrededor de los 12 años) y en niñas.

3.3 ¿Cuáles son los síntomas más habituales?

Generalmente existe dolor muy intenso y prolongado en un miembro, que no responde a distintos tratamientos y que se intensifica a lo largo del tiempo. Con frecuencia, el dolor puede hacer que se tienda a utilizar menos el miembro afectado.
Una característica de la enfermedad es que sensaciones que no resultan dolorosas a la mayor parte de la gente pueden resultar extremadamente dolorosas para ellos, por ejemplo, el roce de la piel con algún objeto. Esta hipersensibilidad dolorosa se denomina «alodinia».
Estos síntomas interfieren con las actividades diarias de estos niños, lo que provoca un ausentismo escolar muy significativo.

Un subgrupo de pacientes desarrolla a lo largo del tiempo cambios cutáneos en la zona afectada, que pueden consistir en cambios de coloración (palidez o aspecto moteado), de temperatura (generalmente reducida) o de transpiración. También puede observarse inflamación de un miembro. En ocasiones, el niño mantiene el miembro en posturas extrañas y evita moverlo.

3.4 ¿Cómo se diagnostica?

Hasta hace unos años, estos síndromes recibieron distintos nombres. Sin embargo, hoy en día, los médicos hacen referencia a ellos como síndromes de dolor regional complejo. Para el diagnóstico de la enfermedad se utilizan diferentes criterios.
El diagnóstico es clínico, basado en las características del dolor (intenso, prolongado, limitante de la actividad, que no responde al tratamiento y presencia de alodinia) y en el examen físico.
La combinación de síntomas y de hallazgos en el examen físico es bastante característico. El diagnóstico requiere descartar otras enfermedades que pueden ser tratadas por médicos o pediatras de atención primaria antes de derivar al paciente a un reumatólogo pediátrico. Los análisis son normales. Una resonancia magnética (RM) puede mostrar alteraciones no específicas del hueso, articulaciones y músculos.

3.5 ¿Cómo se trata?

El tratamiento que da mejores resultados es el inicio de un programa de ejercicio físico intensivo supervisado por un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional, combinado o no con psicoterapia. Hasta la fecha se han utilizado otros tratamientos, aislados o en combinación, incluidos los antidepresivos, biofeedback, estimulación eléctrica transcutánea de los nervios y tratamiento conductual, sin resultados definitivos. Los analgésicos suelen ser ineficaces. Se están realizando investigaciones y en el futuro se espera que surjan mejores tratamientos a medida que se identifiquen las causas. El tratamiento es difícil para todos los implicados, los niños, la familia y el equipo terapéutico. La intervención de psicólogos o psiquiatras suele ser necesaria, dadas las tensiones que provoca la enfermedad. Las mayores causas del fracaso del tratamiento es la dificultad de la familia

a la hora de aceptar el diagnóstico y cumplir las recomendaciones de tratamiento.

3.6 ¿Qué pronóstico tiene?

La enfermedad tiene un mejor pronóstico en niños que en adultos. Además, la mayoría de los niños se recuperan más rápido que los adultos. Sin embargo, la recuperación lleva tiempo, y esta varía enormemente de un niño a otro. El diagnóstico y la intervención en las primeras etapas se asocian a un mejor pronóstico.

3.7 ¿ Cómo afecta a las actividades cotidianas?

Se debe animar a que los niños continúen activos, realicen deporte, asistan a la escuela de forma diaria y pasen su tiempo de ocio con sus compañeros.