

Caracterización del Síndrome Doloroso Regional Complejo en el
Sistema de Riesgos Profesionales Colombiano

Lisímaco Humberto Gómez Adaime

Edison Pedraza Araque

Universidad del Rosario

Facultad de Medicina

Especialización en Medicina del Trabajo

Bogotá

2009

Caracterización del Síndrome Doloroso Regional Complejo en el
Sistema de Riesgos Profesionales Colombiano

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Medicina
del Trabajo

Lisímaco Humberto Gómez Adaime

Edison Pedraza Araque

Tutor Científico

Andrés Ribero Calvo M.D.

Docente U.R

Tutor Epidemiológico y Bioestadística

Milciades Ibáñez Pinilla

Docente Investigador U.R.

Universidad del Rosario

Facultad de Medicina

Especialización en Medicina del Trabajo

Bogotá

2009

Tabla de Contenido

	Pág.
Lista de Tablas	3
Lista de Figuras	3
Glosario	3
Resumen	5
1. Introducción	6
2. Métodos	10
3. Resultados	13
4. Discusión	15
5. Conclusiones	17
6. Agradecimientos	18
Bibliografía	18

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Clasificación del dolor neuropático	7

Lista de Figuras

Figura 1: Casos de SDRC tomados de ARP años 2000 a 2008	14
---	----

Glosario

Alodinia: Respuesta dolorosa anormal a un estímulo que en condiciones habituales no debería ser doloroso.

Analgesia: Ausencia de dolor ante un estímulo normalmente doloroso.

Anestesia dolorosa: Percepción de dolor en un área insensible.

ARP: Administrador de Riesgos Profesionales.

ATEP: Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional.

Disestesia: Sensaciones anormalmente desagradables.

Hiperalgnesia: Respuesta exagerada de dolor a un estímulo que usualmente puede ser doloroso.

Hiperestesia: Aumento de la sensibilidad táctil y térmica.

Hiperpatía: Sensibilidad extrema.

Parestesia: Sensación desagradable expresada como hormigueo o cosquilleo.

IASP: International Association for Study of Pain.

Neuropatía: Alteración patológica de un nervio.

Nociceptor: Receptor sensible a un estímulo nociceptivo o que se volverá nociceptivo si persiste.

SDRC: Síndrome Doloroso Regional Complejo

Resumen

El propósito de esta revisión fue demostrar que el Síndrome Doloroso Regional Complejo, se convirtió en el recurso seudocientífico que explica una evolución no convencional de patologías relativamente anodinas, diagnosticándose sin la rigurosidad ajustada a los criterios, esencialmente clínicos, propuestos por las organizaciones internacionales que estudian este problema.

Para probar esa hipótesis, los investigadores efectuamos revisión de historias clínicas de pacientes que, habiendo presentado una contingencia de origen ocupacional, de la que se derivaron distinto tipo de lesiones que denominamos diagnóstico primario, en algún momento de su evolución y sin importar la especialidad que los estuviere tratando, se les realizó un diagnóstico de SDRC con el cual fueron remitidos a Clínica del Dolor para valoración y manejo.

La revisión de los expedientes se realizó a la luz de tres distintas, aunque entrañablemente relacionadas, escalas para el diagnóstico de presunción del mencionado síndrome:

La propuesta por Gibbons en el año 1992, la formulada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en 1994 y la emanada del Consenso de Budapest en el 2003, que pretende llenar las imprecisiones de la escala IASP.

Los investigadores revisamos 89 expedientes de los cuales 63 cumplieron con los criterios de selección de caso; encontrando que en el 68% de estos, los criterios diagnósticos propuestos por las tres escalas, no se cumplieron y que en el 28,5%, las Clínicas del Dolor tampoco cumplieron con su rol de autoridad técnica, en la medida en que avalaron una condición no probada suficientemente.

Palabras Clave: Criterios diagnósticos del Síndrome Doloroso Regional Complejo.

Abstract

The purpose of this review was to demonstrate that the Complex Regional Pain Syndrome, became a pseudo-scientific resource that explains the evolution of unconventional relatively harmless diseases, diagnosed without the strictness of criteria set for this proposal by international organizations that study this problem.

To confirm this hypothesis, researchers conduct reviews of medical files of patients who had a contingency of occupational origin, which were derived from different types of injuries we call primary diagnosis, at some point in their evolution and regardless of the specialties that were treated them, a diagnosis of CRPS was made and then sent to a Pain Clinic to be evaluated and managed medically.

The review of files was made according three different but extremely related scales for the presumptive diagnosis of that syndrome:

Firstly the proposal by Gibbons in 1992, secondly the one made by the International Association for the Study of Pain (IASP) in 1994 and thirdly the consensus emanating from Budapest in 2003, which aims to fill the inaccuracies of the scale IASP.

Researchers reviewed 89 cases and only 63 met the case selection criteria. We found that in 68% of these medical files selected, the diagnostic criteria proposed by the three scales were not met and that in 28.5% of these ones, Pain Clinics do not fulfilled with their role of technical authority because they gave the medical approval of this syndrome that underwrote a condition is not sufficiently proven.

Keywords: Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome.

1 Introducción

El objetivo principal de este trabajo fue corroborar, la percepción generalizada, dentro de los trabajadores de la salud que hacen parte de los departamentos de medicina laboral de las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), que el Síndrome Doloroso Regional Complejo, no está siendo rigurosamente diagnosticado, al no cumplir con los criterios internacionales dispuestos para ese propósito.

El objetivo secundario fue realizar la caracterización de la población diagnosticada con SDRC, desde perspectivas sociodemográficas, clínicas y administrativas.

El comportamiento histórico de esta patología se remonta a épocas tan lejanas como 1528, cuando Galeno describía la presencia del “*tronco nervioso que discurre a lo largo de las cabezas costales y se comunica con la medula espinal*”(1), comenzando a establecer la conexidad o “*simpatía*” entre las distintas partes del cuerpo; hasta 1994, año durante el cual el subcapítulo de taxonomía de la *International Association for Study of Pain* (IASP), acuñó el término de Síndrome Doloroso Regional Complejo tipo I (SDRC-I), en sustitución de la Distrofia Simpática Refleja y el Síndrome Doloroso Regional Complejo Tipo II (SDRC-II) para reemplazar el de Causalgia o Hiperexcitabilidad Simpática(2).

La primera aproximación al cuadro clínico que nos ocupa parece debérsele a Hunter en 1766(3); luego vendrían Causalgia (Weir Mitchell-1798), Atrofia ósea inflamatoria aguda (Sudeck-1900), Distrofia postraumática, Atrofia de Sudeck (1922)(4), reumatismo gardenalico (Maillard-1925), Algodistrofia (Renard-1925), Osteoporosis dolorosa, Osteoporosis álgica post-traumática (Leriche y Fontaine-1930), Síndrome doloroso postraumático (Livingston-1938), Osteoporosis migratoria transitoria, Osteólisis migratoria, Síndrome vasomotor postraumático, Esclerodactilia postinfarto (Johnson-1943), Reumatismo neurotrófico (Ravault-1946), Algodistrofia vertebral (Lievre-1951), Osteoporosis dolorosa idiopática del pie (Ravault-1956), Síndrome hombro-mano (Herrisson-1958), Algodistrofia decalcificante de cadera (Marchi-1968),

hasta las ya mentadas Distrofia Simpática Refleja y Causalgia definidas por la IASP en 1979 como “*un síndrome de dolor mantenido, quemante, seguido de trastorno tróficos, presentado después de una lesión nerviosa traumática, combinado con trastorno vasomotor y sudomotor*”(5) y la distrofia simpático refleja y Algodistrofia como “*un cuadro similar, pero originado por otras causas*”.

De esta diversidad de épocas, nacionalidades, autores, especialidades médicas, cuadros clínicos, regiones anatómicas comprometidas, esquemas de tratamiento, puede inferirse que, efectivamente, nos encontramos ante una entidad nosológica, que ha presentando dificultades en su abordaje. Estas probablemente, porque uno de los elementos de su caracterización es la presencia del dolor como síntoma incubado en lo más profundo de la subjetividad y por tanto, no mensurable y porque tamaña reiteración en el síntoma, a pesar de los esfuerzos terapéuticos más acuciosos, choca contra la ansiedad del terapeuta. Como si lo anterior fuera poco, alguno de los autores ha insinuado, que en el fondo del problema, subyacen ciertas intenciones de ganancia primaria desde la perspectiva del litigio y de ganancia secundaria desde la perspectiva del afecto, que ubican al doliente en un espacio poco deseable.

Para ejemplificar lo diverso en la presentación del dolor neuropático, traemos a colación la siguiente tabla de clasificación de los dolores crónicos (6):

Tabla 1: Clasificación del Dolor Neuropático

● **Predominantemente periférico:**

A. Lesiones de nervios periféricos:

1. Enfermedades sistémicas (ejemplo: Diabetes Mellitus)
2. Trastornos producidos por drogas (ejemplo: Quimioterapia)
3. Síndromes traumáticos o de atrapamiento.

B. Lesiones de raíces nerviosas y ganglios posteriores

1. Neuralgia postherpética
2. Avulsiones de raíces nerviosas

C. Lesiones de pares craneales:

1. Neuralgias craneales (ejemplo: neuralgia del trigémino o del glossofaríngeo)

D. Secundario a neoplasia:

1. Compresión del nervios periféricos, plexo nervioso y raíces nerviosas
2. Neuropatía periférica y ganglionopatía paraneoplásica
3. Complicaciones de la quimioterapia, radioterapia, cirugía

E. Síndrome doloroso regional complejo:

1. Tipo I: (Distrofia Simpática Refleja)
2. Tipo II: (Causalgia) II.

● **Predominio central:**

A. Lesiones centrales:

1. Dolor post accidente vascular cerebral

1. Infarto talámico
2. Infarto de tallo cerebral
3. Hemorragia subaracnoidea

B. Tumores cerebrales o abscesos que comprimen el tálamo o el tallo cerebral

C. Esclerosis múltiple

D. Post talamotomía por trastornos del movimiento

E. Lesiones de médula espinal

1. Traumático
2. Cordotomía anterolateral y mielotomía comisural
3. Isquémicos:
 1. Síndrome de la arteria espinal anterior
 2. Síndrome de Walleberg
4. Siringomielia.

La organización internacional para el estudio del dolor, ha diferenciando el Dolor Crónico Neuropático del Síndrome doloroso que nos viene ocupando(7) ofreciendo la posibilidad de clasificarlo en:

Tipo I, (SDRC-I) como una variedad de condiciones dolorosas de localización regional posterior a una lesión, que presenta predominio distal de síntomas anormales, excediendo en magnitud y duración al curso clínico esperado del incidente inicial; que ocasiona con frecuencia un deterioro motor importante, con una progresión variable en el tiempo.

Tipo II (SDRC-II) que presenta como antecedente obligado la lesión estructural parcial o total de un tronco nervioso periférico o una de sus ramas principales.

Pese a lo anterior y a que el conocimiento medico actual nos ofrece la posibilidad de efectuar un diagnóstico “correcto” mediante utilización de criterios clínicos y una clara definición de los estadios de evolución del síndrome, lo que facilitaría el manejo ulterior de este reto terapéutico, parece que el cuerpo medico, una vez superado el periodo que por historia natural de enfermedad, se le asigna al cuadro clínico de base, procede a “etiquetar”, al paciente como Síndrome Doloroso Regional Complejo y lo remite al especialista en dolor.

Es por ello que en esta revisión de información médica de hechos cumplidos, pretendimos demostrar que, el quehacer medico no ha buscado en el paciente, los siguientes criterios según IASP, que harían, si evidenciaran, al menos 2 de ellos, el diagnóstico de SDRC I así:

- Presencia de un evento inicial nocivo o presencia de inmovilización.
- Dolor continuo, acompañado de alodinia o hiperalgesia, desproporcionado al evento causal.
- Evidencia de edema, cambios en el flujo sanguíneo de la piel, o actividad sudoromotora anormal en la zona del dolor.
- Se descartan otras patologías evidentes, generadoras de dolor neuropático, que puedan explicar el grado de dolor y la disfunción del paciente.

O los 3 criterios que, juntos, configurarían un incuestionable SDRC II:

- Presencia de dolor continuo, acompañado de alodinia o hiperalgesia, habitualmente después de una lesión neural traumática, y no necesariamente limitada al área de distribución del nervio comprometido.
- Evidencia de edema, cambios en el flujo sanguíneo de la piel, o actividad sudoromotora anormal en la zona del dolor.
- Se descartan otras patologías evidentes, generadoras de dolor neuropático, que puedan explicar el grado de dolor y la disfunción del paciente.

Si embargo, para efectos del trabajo que nos ocupa, por considerarlo de gran valor práctico, sin que se modifique la esencia de la revisión, ni la esencia del SDRC, revisamos, también, las historias clínicas bajo los criterios elaborados por Gibbons en 1992 (8), a saber:

- Dolor Quemante
- Alodinia y/o hiperpatía
- Edema
- Cianosis
- Cambios térmicos
- Alteración en Motilidad
- Desmineralización Radiológica
- Osteoporosis focal
- Bloqueo simpático

Teniendo en cuenta que la probabilidad de acierto diagnóstico depende del puntaje obtenido así:

- Mayor de 6 puntos: probable SDRC
- 3 a 5 puntos: posible SDRC
- Menor de 3 puntos: no SDRC

Y una tercera forma de abordar las historias clínicas con diagnóstico de SDRC fue la propuesta por el grupo de expertos reunidos en Budapest en el año 2003 (9), quienes, preocupados por ciertas generalizaciones encontradas en los criterios de la IASP, se dieron a la tarea de adelantarnos la siguiente escala:

- 1) Dolor continuo, que es desproporcionado al suceso que lo provocó
- 2) Debe referir al menos un síntoma en *tres de las cuatro* categorías
- *Sensitiva*: referir hiperestesia y/o alodinia
- *Vasomotor*: referir asimetría en la temperatura y/o cambios en el color de la piel y/o asimetría en el color de la piel.
- *Sudomotor / Edema*: referir edema y/o cambios de la sudoración y/o asimetría en la sudoración.

- *Motor / Tropismo*: referir descenso en el rango de movilidad y/o disfunciones motoras (debilidad, temblor, distonía) y/o cambios tróficos (pelo, uña, piel)
- 3) Debe observarse al menos un signo* en el momento de la evaluación *en dos o más* de las siguientes categorías:
 - *Sensitiva*: Evidencia de hiperalgesia (al prinprick) y/o alodinia (con ligero roce y/o la presión profunda y/o movimiento articular)
 - *Vasomotor*: Evidencia de asimetría en la temperatura y/o cambios en el color de piel y/o asimetría
 - *Sudomotor /Edema*: Evidencia de edema y/o cambios en la sudoración y/o asimetría en la sudoración
 - *Motor / Tropismo*: Evidencia de descenso en el rango de movilidad y/o disfunción motora (debilidad, temblor, distonía) y/o cambios tróficos (pelo, uñas, piel)
- 4) No existe otro diagnóstico que explique mejor los signos y síntomas
- *Un signo cuenta solo si es observado en el momento del diagnóstico.

He aquí entonces, los baremos con los cuales el equipo investigador desarrolló su tarea de revisión.

2 Métodos

Se efectuó una revisión de serie de casos, en el que se analizaron expedientes clínicos de individuos afiliados por sus empleadores a las Administradoras de Riesgos Profesionales Liberty y Positiva, que presentaron contingencias de origen ocupacional, desde al año 2000 al 2008, en quienes, en algún momento de su evolución se les diagnosticó SDRC; aclarando expresamente que los resultados se presentan en términos poblacionales, no personales; y que los investigadores se acogieron a los contenidos de la Resolución 1995 de 1999 sobre ética y confidencialidad. Debe tenerse en consideración además, que el número de casos aportado por las organizaciones, no tiene relación ninguna con la incidencia de esta patología, en la respectiva ARP.

Para alcanzar el objetivo general de este proyecto, se cumplieron los siguientes objetivos específicos:

1. Identificación de los casos y descripción de las particularidades de la población estudiada
2. Comprobación de los criterios usados para el diagnóstico de los casos contrastándolos con los criterios internacionales ya mencionados.
3. Verificación de la coincidencia entre el diagnóstico del tratante con el de las clínicas de dolor.

Se definió como *caso*, los pacientes que demandaron servicios en el área de medicina laboral de estas administradoras, quienes a consecuencia de eventos: Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional (ATEP) desencadenaron un complejo nosológico diagnosticado por sus respectivos médicos tratantes, independientemente de su especialidad clínica como SDRC, incluyendo anteriores denominaciones diagnósticas tales como: Causalgia (SDRC tipo I) y Distrofia simpática refleja (SDRC tipo II)

Los criterios de exclusión de *caso* fueron:

1. Historias clínicas que no cumplieron con los requisitos mínimos de calidad que permitieran identificar los parámetros con los cuales se diagnosticó el SDRC. Esta categoría correspondió a las historias clínicas ininteligibles e incompletas.
2. Patologías con similar evolución clínica desde el punto de vista temporal y de severidad pero que no fueron diagnosticadas como SDRC. Ej: dolor crónico, dolor neuropático, dolor crónico intratable.

La población objeto fue la constituida por los trabajadores afiliados por sus empleadores a las administradoras de riesgo ya nombradas, que reportaron eventos ATEP durante el periodo descrito.

De cada *caso* se revisó el expediente clínico, en medio físico, magnético o ambos, recolectando la información pertinente aplicando el instrumento específicamente diseñado para tal fin por los investigadores. Con esta información se creó una base de datos electrónica para ser analizada estadísticamente en Epi Info versión 2008.

El instrumento para la recolección de la información, una vez diligenciado con los datos aportados por cada *caso*, fue analizado en la plataforma de análisis, para dar cumplimiento al objetivo propuesto en esta investigación, que incluyó:

- a) Variables socio-demográficas para caracterizar a la población objeto:
Edad: En años cumplidos.
Género: Masculino y Femenino.
Escolaridad: Mayor grado alcanzado: Analfabeta, Primaria, Secundaria, Tecnológico, Universitario, Post-grado.
Sector Económico: Principal actividad productiva de la empresa: Agropecuario, Industrial, Salud, Seguridad, Educación, Administración Pública, Finanzas, Comercio, Minas y Energía, Transporte y Construcción.
Cargo: Principal actividad que desempeña el trabajador y su rango en la jerarquización empresarial: Operario, Supervisor, Directivo.
Tiempo laborado en la empresa donde ocurrió el evento: Expresado en meses.
Comorbilidades: Describe si el individuo presentaba patologías preexistentes (Si o No) y en caso afirmativo se enunciaron.
- b) Variables clínicas que nombraran las patologías de base, a partir de las cuales se generó el complejo sindromático doloroso:

Diagnostico primario: Patología que desencadenó el proceso doloroso crónico, basándose en aproximaciones a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-X.

Hemicuerpo comprometido: Superior o Inferior, en el que incluimos el Lumbago no especificado.

Tratamiento: Se refiere al manejo médico recibido a causa del diagnóstico primario: Quirúrgico, Médico o Ambos.

Tiempo de latencia: Tiempo transcurrido entre el diagnóstico primario y el diagnóstico de SDRC, expresado en meses.

Especialidad tratante: Ortopedia, Neurocirugía, Fisiatría, Psiquiatría, Clínica del Dolor; Otras. Cual?: Consignarla.

Tipificación del SDRC: El tratante hizo diferencia entre los tipos de SDRC: Tipo I, Tipo II o No diferenció.

Confirmación diagnostica por clínica del dolor: (Si o No)

Manejo del Dolor: Tipo de atención recibida por esta especialidad: Farmacológico, Bloqueo Simpático, Neuroestimulación, Ablativo, Combinaciones.

- c) Criterios clínicos y paraclínicos tenidos en consideración cuando se realizo el diagnóstico de SDRC, teniendo en cuenta los criterios de la IASP, GIBBONS y BUDAPEST:

Antecedente de trauma o inmovilización IASP: (Si o No)

Dolor continuo desproporcionado o quemante IASP-GIBBONS-BUDAPEST: (Si o No)

Sensorio: Alodinia o hiperalgesia IASP-GIBBONS-BUDAPEST (Si o No)

Vasomotor: Cianosis IASP-GIBBONS-BUDAPEST (Si o No)

Cambios térmicos IASP-GIBBONS-BUDAPEST (Si o No)

Sudomotor: Edema IASP-GIBBONS-BUDAPEST (Si o No)

Descarte otras patologías neuropáticas IASP-BUDAPEST (Si o No)

Motor: Alteración en Motilidad GIBBONS-BUDAPEST (Si o No)

Desmineralización Radiológica GIBBONS (Si o No)

Osteoporosis focal GIBBONS (Si o No)

Respuesta al Bloqueo simpático GIBBONS (Si o No)

Signos Sensitivos: BUDAPEST (Si o No)

Signos Vasomotores: BUDAPEST (SI o No)

Signos Sudomotores: BUDAPEST (Si o No)

Signos Motores: BUDAPEST (Si o No)

Cumple criterios de IASP para SDRC tipo I: (Si o No)

Cuantos criterios 2 a 4. Siendo positivo de dos en adelante.

Cumple criterios de IASP para SDRC tipo II: (Si o No). Deben ser 3.

Puntaje diagnóstico de Gibbons para SDRC: Positivo entre 6 y 9.

Criterios del Consenso de Budapest: Positivo entre 7 y 10.

- d) Variables operativas que permitan calificar el proceso de atención desde la perspectiva clínica y administrativa:
Tipo de contingencia ocupacional: Accidente de trabajo, Enfermedad profesional.
Pronóstico ocupacional: Reintegro, Reubicación, Incapacidad temporal mayor a un año e Invalidez.
Determinación de Pérdida de Capacidad Laboral: Porcentaje asignado por calificador.
Litigios en curso (Si o No)

3 Resultados

De los 89 casos revisados, 63 fueron seleccionados por haber cumplido con la definición de *caso*, de tal suerte que el análisis se realizó sobre el universo de historias clínicas que contaron con el diagnóstico de SDRC.

a) En la caracterización sociodemográfica de la población estudiada se encontró edad promedio 38 (20-62) años, con DE=9; el 54% son hombres; el nivel educativo más frecuentemente encontrado fue el de primaria con 38,1%, seguido por secundaria con el 36,5%, lo que se correlaciona con que solo el 14,9% de los trabajadores se desempeñaban en cargos de dirección o supervisión y el 87,3% eran operarios. El sector económico que aporta el mayor número de casos es el Industrial (19%), seguido por la Construcción (14,3%), en tercer lugar, las actividades económicas de Seguridad y Transporte con el 9,5%. Los tiempos laborados variaron desde pocos días, hasta historias laborales superiores a 20 años, destacándose que el 46% de los casos tenían vinculaciones menores a 1 año. Las Enfermedades Profesionales presentan periodos de vinculación superiores a 48 meses, el 30% de ellas cumplieron criterios para SDRC dentro de las cuales el 66% se produjeron en el posoperatorio. El 30,2% de la población presentó comorbilidades, siendo el 63,2% patologías osteomusculares o reumatológicas con expresión sintomatológica de dolor crónico.

b) En la caracterización clínica se encontró que el tipo de patología primaria más frecuente fue la fractura con el 20,8%, seguido del 14,4% que corresponde a dolor crónico atribuible a una intervención quirúrgica independientemente de la patología que pretendía corregir el procedimiento; se encontró un 9,6% de lesiones osteomusculares que a su vez correspondían a enfermedades profesionales, con afectación de miembro superior por trauma acumulativo; 8% esguinces de distinto segmento corporal; 6,4% lesiones de manguito rotador cuya ocurrencia es traumática aguda; 4,8% trastorno de menisco de rodilla. El Hemicuerpo Superior fue el más comprometido en el 61,9% de los casos. El diagnóstico primario recibió tratamiento quirúrgico en el 44,4% de los casos y 25,4% tratamiento medico-quirúrgico, mientras que en el 30,2% fue exclusivamente médico. El tiempo de latencia entre el diagnóstico primario o el momento del acto quirúrgico y la presunción diagnóstica de SDRC por parte de la especialidad tratante fue menor a 6 meses en el 82,5% de los casos, de los cuales el 31,7% se presentó en menos de 1 mes, mientras que solo el 17,5% se diagnosticó después de los 6 meses. El 17% de los casos que cumplieron criterios para SDRC se desarrollaron en el post-operatorio. La especialidad tratante que realizó el diagnóstico

de SDRC fue ortopedia en el 52,4%, seguido por fisioterapia en el 19% y neurocirugía en el 9,5%, el 12,7% corresponde a otras especialidades en las que se destaca lo aportado por los equipos interdisciplinarios de calificación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con la mitad de estos. La diferenciación del SDRC se produjo en el 31,7% de los casos de los cuales 19% fueron tipo I y 12,7% fueron tipo II, no se diferenció en el 68,3%. La confirmación del diagnóstico de SDRC por parte de las Clínicas del Dolor ocurrió en el 44,4% y el manejo que éstas le dieron al cuadro doloroso fue farmacológico en el 41,3%, combinaciones en el 23,8%, bloqueos simpáticos en el 53% y neuroestimulación en el 12,7%.

c) En lo relacionado al ejercicio de contrastación del diagnóstico de SDRC a través de las escalas utilizadas se encontró:

Los criterios diagnósticos de la IASP se cumplieron en el 31,7% de los casos.

En la Escala de Gibbons cumplieron el 23,8%. Destaca el hecho de que solo en uno de los 63 casos revisados hubo confirmación radiológica de desmineralización. 11 de los 33 casos que fueron objeto de bloqueo simpático, tuvieron respuesta clínica favorable.

Y en la escala propuesta por el consenso de Budapest cumplieron criterios el 27,1%.

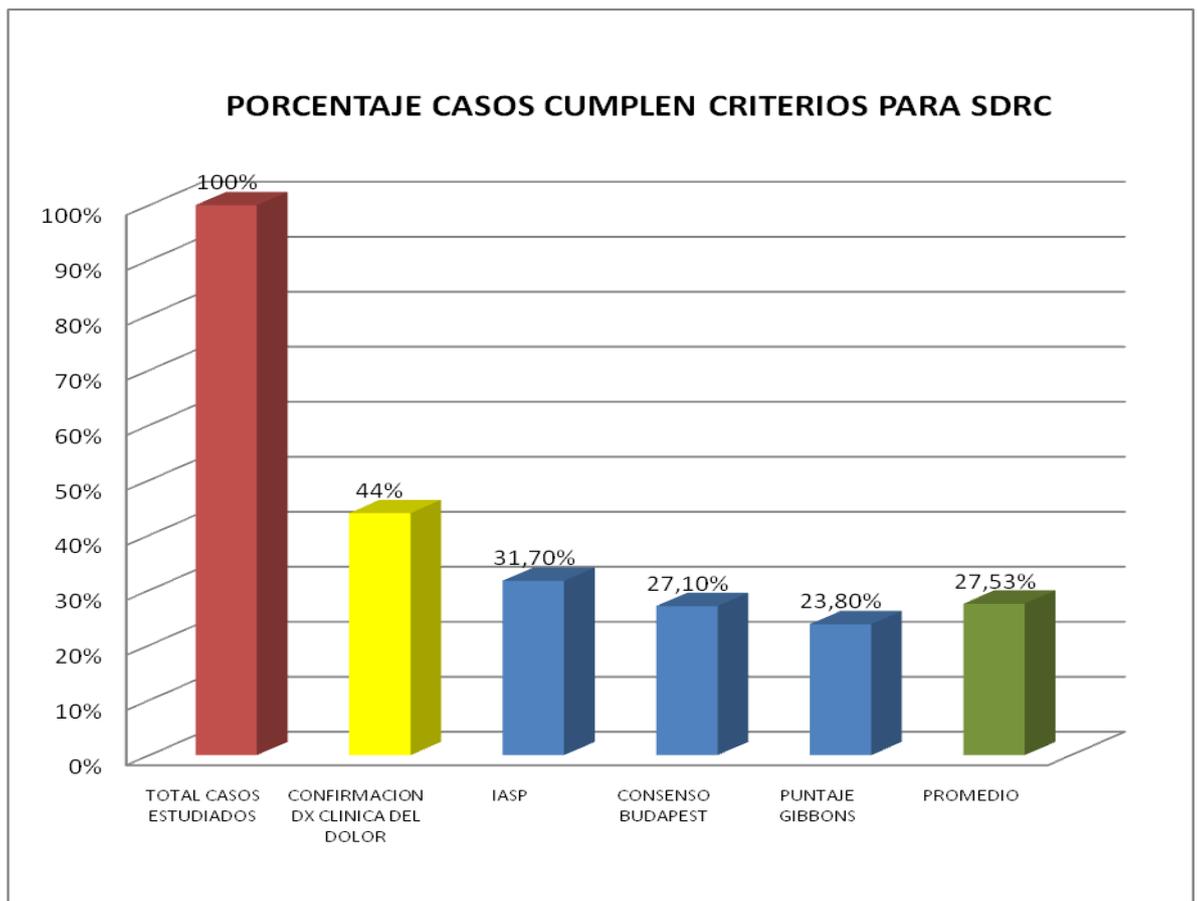


Figura 1. Casos de SDRC tomados de ARP años 2000 a 2008

Partiendo del hallazgo de que Dolor Crónico desproporcionado fue el síntoma referido por todos los pacientes, los signos clínicos evidenciados en el examen físico en su orden fueron: Motor/Trofismo en el 74,6%, Sudomotores 36,5%, Sensitivos 33,3% y Vasomotores 25,4%. El criterio contemplado por la IASP y el Consenso de Budapest indicando el descarte de otras patologías generadoras de dolor neuropático estuvo presente en el 47,6%.

Desde la perspectiva administrativa se encontró que el 84,1% correspondieron a Accidentes de Trabajo y el 15,9% a Enfermedades Profesionales. El impacto frente al pronóstico ocupacional muestra que el 71,4% tuvieron incapacidades temporales mayores a 1 año; 12,7% fueron declarados inválidos y el 12,7% fueron sujeto de reubicación laboral mientras que solo el 3,2% pudo reintegrarse a sus funciones habituales. El 50% cuentan a la fecha con evaluación de Pérdida de Capacidad Laboral cuyo promedio es de 27,2% (2,9%-55%) con DE=15. El 44,4% de los trabajadores instauraron procesos de reclamación por diferente orden de razones, ante instancias judiciales.

El análisis comparativo mediante el cruce de escalas en las tres combinaciones posibles en tablas de concordancia simple mostró que los resultados obtenidos con cada una de ellas son fiables, entendiendo fiabilidad como la capacidad de las escalas para obtener los mismos resultados bajo las mismas condiciones. La concordancia observada en el estudio fue la siguiente a saber: Consenso-Gibbons con acuerdo observado del 96% (Kappa 0,9163) IC=95% y p=0,0000, IASP-Consenso con acuerdo observado del 95% (Kappa 0,8855) IC=95% y p=0,0000 y IASP-Gibbons con acuerdo observado de 92% IC=95% y p=0,0000.

4 Discusión

Esta revisión es la primera de este tipo, realizada en el Sistema General de Riesgos Profesionales colombiano. En Latinoamérica se encontró un estudio realizado en Chile, en el que se evaluó la incidencia del SDRC (10) en trabajadores del sector energético que habiendo presentado quemaduras por electrocución, desarrollaron este cuadro. En el mundo se conocen distinto tipo de estudios de incidencia y caracterización dentro de la población general y para las distintas etiologías del dolor neuropático (11),(12),(13); por lo tanto, las diferencia en los resultados al contrastarlas con el presente trabajo solo pueden ser comparables en los aspectos clínicos, dejando de lado lo socio demográfico y lo administrativo; sirva de ejemplo, el que la incidencia por género en el mundo afecta más a las mujeres (14), mientras que en nuestro estudio, se vieron mayoritariamente comprometidos los hombres, quizá por desempeñarse en ocupaciones con presencia de mayor factor de riesgo físico, locativo y mecánico; sin embargo, es notorio el hecho de que el 28,5% de los trabajadores afectados provienen de sectores de la economía con relativos bajos riesgos como la administración pública, salud, comercio, educación, y finanzas. Adicionalmente, a diferencia de los estudios mundiales en los que se le atribuye a la juventud cierta condición de protección (15) frente al Síndrome, en nuestro estudio se encontró que el 60 % de casos que cumplieron criterios diagnósticos eran menores de 38 años.

En lo relacionado con el grupo de 8 pacientes declarados inválidos, es necesario advertir que en solo uno de ellos se encontró cumplimiento de criterios IASP para SDRC. Ahora bien, en el proceso de evaluación del menoscabo de ese grupo de trabajadores, coexisten lesiones que incluyen diversos sistemas orgánicos; esto es, la invalidez se dio con base en la sumatoria de deficiencias, dentro de las cuales, lo aportado por el SDRC, es un componente más.

Siendo el SDRC una patología de diagnóstico esencialmente clínico, se encuentra que las diferentes especialidades tratantes, tienen limitaciones para abordar un problema, de suyo complicado, como el del dolor continuo desproporcionado, por no hacer uso adecuado de los recursos de información que brindaría una anamnesis dirigida hacia la caracterización de la sintomatología referida por el paciente y su correspondiente comprobación mediante un diligente y cuidadoso examen físico. Teniendo en consideración, la alta sensibilidad de la Gammagrafía ósea como apoyo diagnóstico del SDRC en ciertos círculos científicos, debe decirse que nuestro estudio, evidenció la utilización de la referida herramienta en solo 3 de los 63 casos, encontrando resultados contradictorios, que no reemplazan el juicioso análisis clínico; número de casos sin significancia estadística para descalificarla o recomendarla como elemento de ayuda diagnóstica.

Particular mención merecen las Clínicas del Dolor, que por razón de su naturaleza técnica, avalan el 44,4% (veintiocho) del total de casos de SDRC, pese a que en el 28,5% (ocho) de éstos no hubo cumplimiento de los criterios diagnósticos.

Es importante destacar la amplia gama de lesiones encontradas como diagnóstico primario, desde las leves como el trauma de tejidos blandos, hasta las severas lesiones de miembro superior, con compromiso de múltiples tejidos, generadas en atrapamientos mecánicos o las producidas por proyectiles de arma de fuego, lo cual nos permite afirmar que severidad no es sinónimo de SDRC. En nuestra casuística dos esguinces de muñeca configuraron el cuadro clínico de SDRC, mientras que los otros dos no cumplieron criterios, en tanto que 3 fracturas desarrollaron SDRC y 7 no lo desarrollaron.

Llama poderosamente la atención, el que organismos al margen de la atención en salud propiamente tal, como es el rol desempeñado dentro del Sistema de Salud por los equipos interdisciplinarios de calificación de origen, hagan diagnóstico de SDRC, cuando a esa instancia, deberían llegar casos suficientemente estudiados y con diagnóstico confirmado por los tratantes.

Desde la óptica de, ¿cual escala emplear?, es necesario afirmar que ninguna de las tres mostró superioridad estadística que la destaque sobre las otras; sin embargo, es necesario enunciar ciertos aspectos diferenciadores:

La escala propuesta por la IASP, contiene en si misma un sesgo: pretendiendo ser la escala tipificadora por excelencia, es la que ofrece mayores resquicios para la ambigüedad de quien evalúa. Nótese, por ejemplo que, el SDRC Tipo I se configura con la presencia de 2 de 4 criterios, siendo uno de ellos la “regla general” del evento inicial nocivo (accidente) o presencia de inmovilización (fractura); con lo cual se alcanzaría la

mitad de los criterios tipificadores, al que si se le agregase uno cualquiera de los demás criterios, como el dolor continuo, o el edema, tipificaríamos un SDRC I. No ocurriendo lo mismo cuando se trata de abordar el SDRC II, porque para éste se exigen tres criterios y que además del dolor continuo, se demuestren los signos sensitivos y se documente una lesión de nervio periférico.

El puntaje de Gibbons tendría la ventaja de asociar percepción de dolor (Quemante), con la objetivación de signos clínicos y radiológicos descritos en la literatura médica cuando se refiere a los estadios distróficos o atróficos del SDRC, no en la fase aguda del mismo, y que se deben complementar con una respuesta clínica favorable al bloqueo simpático, como señal de compromiso del sistema autonómico en este síndrome y en otros dolores neuropáticos.

De la escala propuesta por el Consenso de Budapest, destacamos dos aspectos. El que no pretenda diferenciar el síndrome en sus dos modalidades de presentación, en el entendido que la clínica es similar y la tipificación se debería hacer según el mecanismo de trauma, en el que se infiere y demuestra el daño neural directo o indirecto y el que proponga una metodología sistemática, sintomatológica y signológica.

Como 35% de los casos que cumplieron criterios diagnósticos se presentaron en tiempos de latencia menores a 1 mes y el 90% en los 6 meses siguientes al diagnóstico primario, es mandatorio mantener la suspicacia diagnostica para SDRC en aquellos pacientes con evoluciones tórpidas por dolor desproporcionado que, además refieran y muestren cuadros compatibles con el estadio agudo del SDRC, también llamado fase caliente, en el que los cambios vasomotores, sudomotores y tróficos, se expresan floridamente, aunque no los radiográficos, según lo reportado en la literatura (16),(17).

En 70% de los casos que no cumplieron con los criterios diagnósticos, podemos inferir condiciones de salud tan complejas como el mismo SDRC: Qué se trató de dolores mixtos, aquellos con componente nociceptivo y neuropático; qué se trató de clasificaciones de dolor neuropático distintas a SDRC; o qué el incremento en la intensidad del dolor en un cuadro clínico, de por sí doloroso, haya sido interpretado como SDRC.

5 Conclusiones

Destácanse tres aspectos relevantes:

- 1) Mantener siempre la sospecha diagnostica pero desplegando todos los recursos ofrecidos por la historia clínica en interrogatorio y comprobación de los signos. Si opta por alguna de las escalas evaluadas en este trabajo, aplíquela rigurosamente.
- 2) Hacer uso de recursos clínicos, del tipo de los signos de Waddel (18), en la detección de pacientes con tendencia hacia la magnificación de sus síntomas.
- 3) Ante la duda, remita prontamente al paciente para manejo especializado que confirme o descarte el SDRC y realice el tratamiento pertinente, dado que, de la oportuna intervención, dependerá el pronóstico funcional y ocupacional.

6 Agradecimientos

Al Doctor Rubén Darío Reyes, Director Nacional de Medicina Laboral de Liberty ARP, por su voluntad política y disposición incondicional y a la Doctora Sandra Liliana Quintero Sánchez, Medica Laboral de Liberty ARP, por su entusiasmo operativo y ponderado consejo.

Bibliografía

- (1) Ferrer Y, Oquendo P, Ferrer D: “Síndrome Doloroso Regional Complejo: Conceptos actuales”. Rev Cub Ortop y Traumatol (Habana) 2006; 20 (1): 16-22.
- (2) IASP: “Subcommitte on taxonomy. Pain Terms: a list with definitions an note on usage”, PAIN, 1976, 6: 249-252.
- (3) Rodrigo MD, Perena MJ, Serrano P, Pastor E and Solá JL. “Syndrome of complex regional pain”. Rev Soc Esp Dolor (Madrid) 2000; 7: Supl. II, 78-97.
- (4) Galindo N, Oller E, Carceller M y Garcia-Menendez A: “Consideraciones terapéuticas”. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de San Rafael. Barcelona. 2003.
- (5) IASP: “Subcommitte on taxonomy. “Pain Terms: a list with definitions an note on usage”, PAIN, 1994, 14: 142-145.
- (6) Dominguez castillejo G. “Tipos de dolor”. CEDIC 2008.
- (7) Merskey and Bogduck. IASP. Terms. 1994.
- (8) Gibbons J: ”Criteria for the Diagnosis of Reflex Sympathetic Dystrophy and Causalgia”. The Clinical Journal of Pain (London) 1992; 8(3): 209-212.
- (9) Ribera Canudas Ma. V.: “Servicio de Anestesiología, reanimación y Terapéutica del dolor”. Hospital Universitario Vall d’Hebron. Barcelona. 2008.
- (10) Larrea B, Correa G, Danilla S, piñeros J, Bonacis S. “Prevalencia de Dolor Crónico Neuropático en Pacientes Quemados.” Revista El Dolor (Santiago de Chile) 2007; 48: 14-19.
- (11) Allen G, Galer B, Schwartz L. “Epidemiology of Complex Regional Pain Syndrome: a retrospective Chart review of 134 patients”. PAIN 80 (1999): 534-544.
- (12) Martinez-Salio A: “El papel del neurólogo en el tratamiento del paciente con dolor crónico”. Rev Neurol (Barcelona) 2005; 41 (11): 641-642.
- (13) Carneado Ruiz J, Morera Guitart J, Alfarao Sáez A, Turpín Fenoll L, Serna Candel C, Matías Guia J. “El dolor neuropático como motivo de consulta en Neurología: análisis de su frecuencia”: Rev Neurol (Barcelona) 2005; 41(11): 643-648.
- (14) Merskey H.: “Some features of the history of the idea of pain”, PAIN, 1980; 9: 3-8.
- (15) Lopez Timoneda: “Definición y clasificación del dolor”. Servicio Publicaciones UCM (Madrid) 1996 , 4: 49-55.
- (16) Woolf CJ, Mamnon RJ. “Neuropathic Pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and managemet”. Lancet 1999; 353:1959-1964.
- (17) Hernandez J.J, Moreno C. “Dolor Neuropatico”. Bogotá: Ediciones Rosaristas; 2006.

- (18) Muriel Villoria C. “Del Dolor Como Síntoma al Dolor como Enfermedad”. En: I Congreso Internacional de Dolor en Reumatología; Salamanca (Esp), 19-20 de octubre de 2001.