

SÍNDROME DE SUDEK. VALORACIÓN DE LA CAUSALIDAD A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

REVIEW SUDEK'S SYNDROME. CAUSALITY ASSESSMENT IN A CASE REPORT

Galiana Vila P.¹
Talón-Navarro M.T.²

¹Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Alicante.

²Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña, Barcelona, España.

Correspondencia: pe_gavi@hotmail.com

Resumen: La valoración del daño corporal es una de las actividades más frecuentes en los servicios de clínica médico-forense, siendo fundamental establecer la relación de causalidad y el estado anterior del paciente. El presente artículo se desarrolla a propósito de un caso médico-forense en el que una mujer, tres años después de la realización de una venopunción, presenta impotencia funcional total de la extremidad superior derecha con sensación nociceptiva espontánea e impotencia funcional en la extremidad inferior derecha, que le imposibilita realizar las actividades básicas de la vida diaria y su desarrollo personal. La mujer fue diagnosticada de Síndrome de Sudek. En el presente trabajo se revisa la fisiopatología, etiología y patrones de progresión clínica de esta no bien conocida e infradiagnosticada enfermedad.

Palabras clave:

Abstract: Body damage assessment is one of the most common activities in medical forensic clinical services, being essential to establish the causal relationship and the patient's previous condition. The present article deals with a medical forensic case in which a woman, three years after being performed a venipuncture, presents total functional impotence in the right lower limb, which makes impossible for her to perform activities of daily living and prevents her personal development from happening. The woman was diagnosed with Sudek's syndrome. This paper review the physiopathology, etiology and clinical progression patterns of this current unrecognized and underdiagnosed disease.

Keywords: clinical forensic medicine, body damage assessment, syndrome of complex regional pain, reflex sympathetic dystrophy, Sudek's Syndrome.

INTRODUCCION

El síndrome de Sudek, comúnmente conocido como distrofia simpática refleja o síndrome regional doloroso complejo, es una entidad clínica difícil de diagnosticar, especialmente cuando no se está familiarizado con la misma. Se denomina así a un cuadro de dolor neuropático que cursa con edema, impotencia funcional, limitación de la movilidad, cambios tróficos, inestabilidad vasomotora y desmineralización ósea, cuya etiología y fisiopatología no están claramente establecidas¹.

En este artículo se presenta un caso clínico que ilustra las dificultades que puede suponer para el médico forense establecer la relación de causalidad cuando se enfrenta a este trastorno doloroso, dadas las desproporcionadas consecuencias que pueden derivar de un traumatismo mínimo y la localización de la sintomatología en regiones muy distales al daño inicial.

DESCRIPCIÓN MÉDICO-FORENSE

El caso descrito deriva de una petición de una Sala Contencioso-Administrativa. Se trata de una mujer de 34 años sin antecedentes patológicos de interés que trabajaba como dependienta en una tienda de moda.

Tras la realización de una venopunción compleja, que precisó de múltiples intentos de canalizar la vena, sufrió una lipotimia y posterior restitución *ad integrum*, refiriendo desde el mismo momento dolor e impotencia funcional en la extremidad traumatizada.

Transcurridas siete horas acudió al centro de salud manifestando déficit sensitivo en la extremidad, hiperestesia y sensación disestésica-parestésica afectando desde la cara radial del antebrazo hasta los tres primeros dedos de la mano derecha. Esta clínica aumentó su intensidad con el paso de los días y la paciente acudió hasta en cinco ocasiones en la misma semana al centro de salud y al hospital de referencia, donde en ese momento se descartó daño neurológico y patología vascular.

Posteriormente, y transcurrido un mes aproximadamente, ante la persistencia de la clínica desproporcionada se realizó un estudio electromiográfico y una resonancia magnética nuclear que junto a la clínica permitieron establecer el diagnóstico de síndrome de Sudek por parte del servicio de neurología.

La evolución fue tórpida y la paciente no respondió de forma satisfactoria a ninguno de los tratamientos aplicados, hasta el punto de que dos años después de la venopunción le es otorgada una incapacidad permanente en grado de absoluta para todo trabajo.

A la exploración actual, realizada tres años después de la venopunción, presenta rigidez en la extremidad superior derecha con mano en garra, pérdida de sensibilidad e impotencia funcional total en dicha extremidad, con frialdad y palidez cutánea asociadas. Además, según refiere y consta en la documentación médica aportada, desde hace unos cinco meses aparece rigidez y dolor en la extremidad inferior derecha que ya afecta a la cadera, el tobillo y la rodilla y que le produce incapacidad para deambular sin ayuda de un dispositivo ortésico.

Se solicita que el informe médico forense se pronuncie sobre los extremos de relación de causalidad entre la venopunción y la clínica que refiere la explorada, el tiempo de curación, las secuelas y su capacidad laboral.

DISCUSIÓN

El estudio de la relación de causalidad y del estado anterior como una de las posibles concausas, está considerado como uno de los temas fundamentales en la valoración del daño corporal. Su estudio nos permite, además de proceder a la valoración del daño, pronunciarnos sobre criterios de repercusión jurídica y problemas de responsabilidad y reparación.

Las enfermedades traumáticas plantean difíciles problemas médico-forenses cuando el traumatismo va seguido de patologías a distancia que puedan parecer de origen distinto. El interés de estas enfermedades entra tanto en el campo del derecho penal como en el del civil y laboral dadas las múltiples consecuencias que se derivan de ellas y la afectación de las distintas áreas de la persona.

Establecer la relación causa-efecto ofrece pocas dificultades cuando el agente vulnerante ha causado una lesión localizada, inmediata y directa, que se localiza en el punto de aplicación de la fuerza; pero en múltiples ocasiones no ocurre esto y el origen traumático es menos evidente. Es indispensable para probar médico-legalmente el perjuicio demostrar que el agente traumático ha intervenido realmente en crear, fijar o agravar un proceso patológico.

En este caso, una de las dificultades periciales se deriva de las desproporcionadas consecuencias de un traumatismo mínimo. Según la bibliografía consultada, la etiología del síndrome de Sudek queda resumida en la siguiente tabla: 2, 3, 4

Tabla 1. Agentes etiológicos Síndrome Sudek.

Agentes Etiológicos Síndrome de Sudek
Traumatismo previo.
Traumatismos de repetición.
Enfermedad cardiovascular e infarto de miocardio.
Trastornos de columna. (tuberculosis ósea y articular)
Lesiones neurológicas centrales y periféricas.
Postcirugía.
Causa idiopática. #hasta 25% según las series estudiadas.

Si bien el traumatismo es la causa más frecuente, encontrándose hasta en un 50% de los casos, lo que parece claro es que en el desarrollo de la enfermedad no influye la intensidad del traumatismo como comúnmente se ha pensado. Existen publicaciones de casos en los que el síndrome ha sido desencadenado por una astilla clavada en un dedo, una venopunción, la mordedura de un perro o una contusión simple del dedo contra una ventana^{2,5,6}.

A menudo este síndrome está infradiagnosticado. La prevalencia real de estos cuadros es desconocida, ya que varía significativamente entre los distintos estudios. Un estudio poblacional lo situaba en un 0,02% de la población⁷.

En estudios de carácter etiológico en pacientes ya diagnosticados, se situaba entre un 7% y un 37% tras una fractura de Colles y entre un 2% y un 25%, o incluso un 49%, tras un ictus con hemiparesia⁶.

Respecto a la fisiopatología de esta respuesta nociva desproporcionada, se postulan tres mecanismos: el primero proporciona un papel sumamente importante a los cambios por inflamación postraumática, el segundo expone una disfunción vasomotora y la tercera teoría refiere que el sistema nervioso central presenta cambios funcionales y estructurales secundarios a una mala adaptación ante la presencia de dolor crónico^{8,9}.

Otro de los problemas periciales que se nos plantea es que la localización del daño no es concordante con el punto de aplicación del traumatismo. Revisada la bibliografía, hay que considerar los distintos patrones de progresión clínica¹⁰.

Tabla 2. Patrones clínicos propagación Síndrome Sudek

Patrones clínicos de propagación del Síndrome de Sudek	
Tipo Continuo	Los síntomas se propagan de manera ascendente, por ejemplo, de la mano hacia el hombro.
Tipo Imagen en Espejo	Los síntomas se propagan a la extremidad opuesta.
Tipo Independiente	Los síntomas se propagan hacia un lugar distante del cuerpo. Este tipo está relacionado con el trauma previo.

De todos ellos el subtipo independiente es el más relacionado con los traumatismos, caracterizándose por clínica en cualquier localización del cuerpo y totalmente desvinculada del daño inicial¹¹.

Estudios retrospectivos manifiestan que la extremidad superior se ve afectada en un mayor número de casos. Un estudio de 106 pacientes reportó un 61,3% de los casos en extremidad superior y otro de 108 pacientes evidenció la localización en la mano en un 75% de los pacientes, así como que un 81% de los pacientes eran mujeres^{12,13}.

Tanto la valoración de las secuelas como de la incapacidad (permanente parcial, total e incluso absoluta) son temas complejos debido al mal pronóstico y a la evolución con la que cursa. En algunas ocasiones, resulta difícil establecer la estabilidad lesional a pesar de haber esperado tiempos más que prudentes para la emisión del informe médico-legal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹. Rodrigo MD, Perena MJ, Serrano P, Pastor E, Sola JL. Syndrome of complex regional pain. Rev. Soc. Esp. Dolor 2000; 7: Supl. II, 78-97.
- ². Fornós-Vietez B, López-Diez FE, Ciriza-Lasheras A, López-López D. Síndrome de Sudek (distrofia simpático refleja). SEMERGEN. 2008; 34(9):455-8.
- ³. Neira F, Ortega JL. Complex Regional Pain Syndrome and Evidence - Based Medicine. Rev. Soc. Esp. Dolor. Vol.14 nº2. Madrid mar. 2007
- ⁴. Pruthi P, Arora P, Mittal M, Nair A, Sultana W. Venipuncture Induced Complex Regional Pain Syndrome Presenting as Inflammatory Arthritis. Case Rep Med. 2016; 2016:8081401.
- ⁵. Elahi F, Reddy CG. Venipuncture-induced complex regional pain syndrome: a case report and review of the literature. Case Rep Med. 2014. Article ID 613921.
- ⁶. Martínez-Salio A, Vicente-Fatela L, Acedo-Gutiérrez MS, Sanz-Ayan P, Almajano J et al. Síndrome de dolor regional complejo tipo I: una enfermedad neurológica frecuente. A propósito de dos casos atípicos. Rev. Neurol. 2007; 44 (4): 212-216.
- ⁷. Sandroni P, Benrud-Larson LM, McClelland RL, Low PA. Complex regional syndrome type I: incidence and prevalence in Olmsted County, a population-based study. Pain 2003; 103: 199-207.
- ⁸. Hernández-Porras BC, Plancarte-Sánchez R, Alarcón-Barrios S, Samano-García M. Síndrome doloroso regional complejo: revisión. Cirugía y Cirujanos. 2017; 85 (4):366-374.
- ⁹. Kidd BL, Urban LA. Mechanisms of inflammatory pain. Br J Anaesth. 2001 Jul; 87(1):3-11.
- ¹⁰. Ferrer Y, Oquendo P, Ferrer D. Síndrome doloroso regional complejo. Conceptos actuales. Rev. Cubana Ortop Traumatol 2006; 20 (1).
- ¹¹. Vega G. Síndrome regional complejo: revisión bibliográfica. MEDICINA Legal de Costa Rica- Edición Virtual. Vol 32 (2). Seot 2015.
- ¹². Alvizo-Perez ME, Gallardo-Martínez ER, Rodríguez-Aceves G. Distrofia Simpático Refleja TIPO I, Sudek o algodistrofia: reporte de un caso. Revista Médica MD. 2017 8 (3):101-103.
- ¹³. Pendón G, Salas A, García M, Pereira D. Complex regional pain syndrome type 1: Analysis of 108 patients. Reumatol Clin 2017;13:73-7 - Vol. 13 Núm.2