



Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Comprensión actual del síndrome de dolor regional complejo: Importancia del seguimiento y el tratamiento personalizado / Current understanding of complex regional pain syndrome: Importance of follow-up and personalized treatment

Autores / Authors:

Antonio Alcántara Montero

DOI: [10.20986/mpj.2024.1066/2024](https://doi.org/10.20986/mpj.2024.1066/2024)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Alcántara Montero Antonio. Comprensión actual del síndrome de dolor regional complejo: Importancia del seguimiento y el tratamiento personalizado / Current understanding of complex regional pain syndrome: Importance of follow-up and personalized treatment. MPJ 2024;4. DOI: 10.20986/mpj.2024.1066/2024.



Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en la *Revista de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor*. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de prepublicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores, lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la *Revista de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor*.

COMPRESIÓN ACTUAL DEL SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO: IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO Y EL TRATAMIENTO PERSONALIZADO

CURRENT UNDERSTANDING OF COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME: IMPORTANCE OF FOLLOW-UP AND PERSONALIZED TREATMENT

Antonio Alcántara Montero

*Centro de Salud Trujillo. Consultorios de Herguijuela-Conquista de la Sierra, Cáceres,
España*

CORRESPONDENCIA:

Antonio Alcántara Montero

a.alcantara.montero@hotmail.com

Recibido: 14-01-2024

Aceptado: 20-04-2024

Entre las patologías que producen dolor crónico, sin duda una de las menos conocidas y más complejas es el síndrome de dolor regional complejo (SDRC). El diagnóstico de SDRC se basa en la evaluación clínica de los signos y síntomas. Los criterios de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés, *International Association for the Study of Pain*), conocidos como criterios de Budapest, que se utilizan desde 2007, requieren varios elementos para un diagnóstico de SDRC (1). Las ambigüedades de estos criterios en las instrucciones de evaluación y las dificultades para su aplicación provocaron que el grupo de interés especial del SDRC de la IASP publicara aclaraciones en 2021, que se conocen como adaptaciones del consenso de Valencia. Se realizaron actualizaciones para aclarar la evaluación de los criterios fluctuantes, los síntomas (se debe aplicar una evaluación diagnóstica completa en cada evaluación) y la propagación de los síntomas del SDRC más allá de una sola extremidad (definido como el cumplimiento de los criterios de diagnóstico

completos para el SDRC en varias extremidades), y definir mejor los términos asimetría y cambios (2).

Muchos autores, clásicamente, han considerado al SDRC como un tipo de dolor neuropático. Hoy en día, el SDRC se considera un síndrome multimecanismo, y el dolor continuo experimentado puede estar relacionado con mecanismos como la inflamación, las alteraciones vasomotoras y la sensibilización periférica y central. La presentación de síntomas y signos de los pacientes con SDRC puede ser heterogénea, porque una combinación de los mecanismos subyacentes puede ser más prominente (2).

Para personalizar el manejo del SDRC, se han sugerido varios subgrupos. Los subgrupos SDRC tipo I (sin lesión nerviosa) y SDRC tipo II (con lesión nerviosa) son reconocidos por la IASP. Además, se han propuesto diferentes subgrupos según la presentación clínica (caliente/fría), la duración del síndrome (temprana/persistente), y los mecanismos fisiopatológicos subyacentes (periférico/central y florido/sensorial/vasomotor). Lamentablemente, todavía no existe un consenso sobre qué clasificación de subtipos de SDRC es mejor utilizar (3).

Incluso la CIE 11 engloba al SDRC como un trastorno de dolor primario postquirúrgico o postraumático, no neuropático, demostrando la complejidad de su fisiopatología y la dificultad de englobar a todos los pacientes dentro de un mismo concepto, al menos el SDRC tipo I. Por otro lado, frente a la clasificación de tipo I y II existiría otro nuevo subtipo (no I no II) que serían pacientes que inicialmente cumplían los criterios diagnósticos, pero que en la evolución han remitido algunas de sus características, y también pacientes que nunca tuvieron todas las características pero que cumplen la mayoría y no tienen otro diagnóstico (4).

Las diferentes presentaciones de los síntomas de dolor en el SDRC también pueden identificar posibles subgrupos de SDRC que requieren una estrategia de tratamiento distinta. La IASP reconoce el dolor nociceptivo (daño tisular), neuropático (lesión nerviosa) y nociplástico (sistema nervioso sensibilizado) como tipos distintos de dolor impulsados por diferentes mecanismos (5). Según los nuevos criterios de diagnóstico de la IASP para el SDRC, todos los pacientes con SDRC experimentan un dolor debilitante continuo. Considero que el dolor sintomático en el SDRC no debe

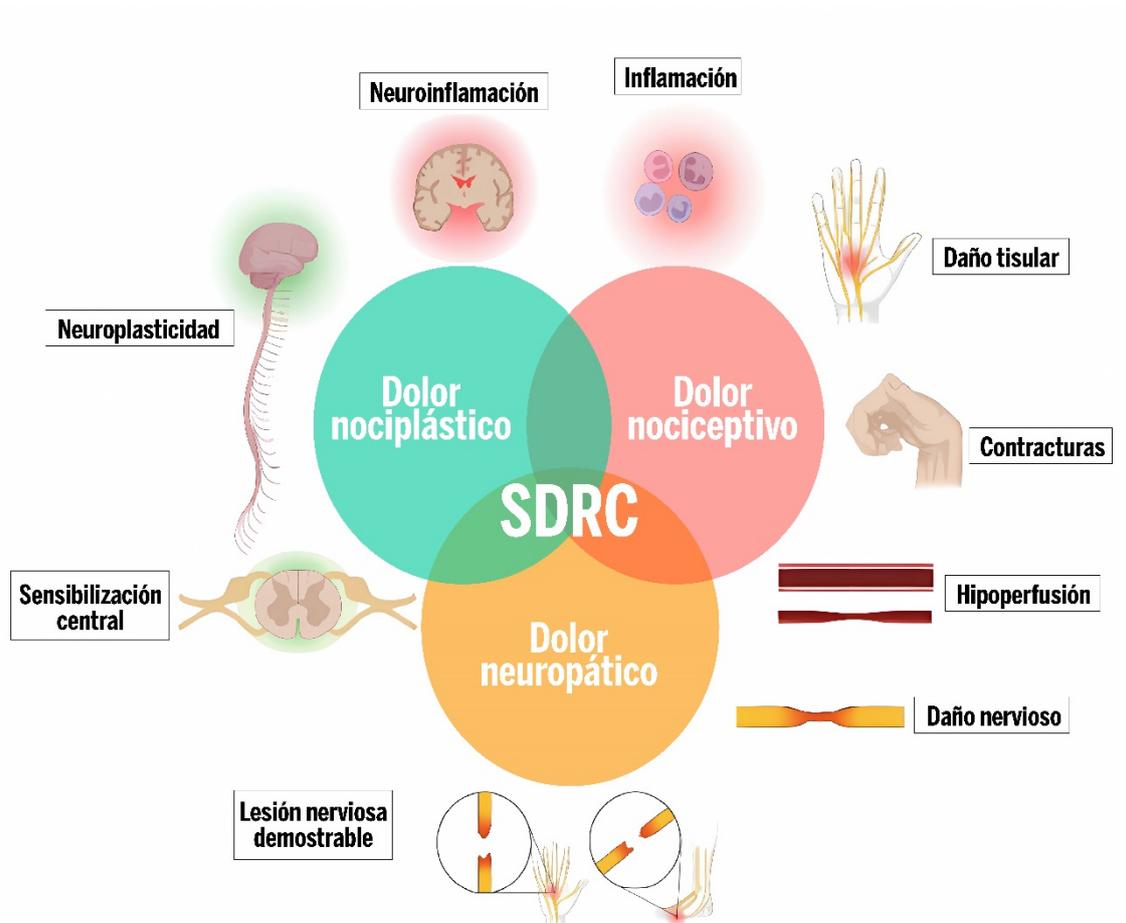
generalizarse en un tipo distinto de dolor, sino que debe diferenciarse en dolor nociceptivo, neuropático y nociplástico. Como he comentado anteriormente, el SDRC es un síndrome de múltiples mecanismos fisiopatológicos y, con el tiempo, los pacientes con SDRC probablemente han sufrido dolor nociceptivo, neuropático y nociplástico. El dolor que experimentan los pacientes con SDRC podría verse como un *continuum* y normalmente comienza con dolor nociceptivo debido a daño tisular periférico e inflamación persistente después de un traumatismo. El trauma puede resultar directamente en una lesión nerviosa o puede iniciar una inflamación que puede resultar en neuropatía de fibras pequeñas e inflamación neurogénica. La facilitación continua del dolor a través de la sensibilización periférica y la neuroinflamación puede resultar en una sensibilización central. Cuando no hay evidencia clara de daño tisular o daño nervioso que cause la activación de los nociceptores, el dolor experimentado puede ser el resultado de un sistema de dolor hipersensible. Este estado de dolor puede caracterizarse como nociplástico. Además, cuando existe este *continuum* de tipos de dolor (desde el nociceptivo, el neuropático hasta el nociplástico) en el SDRC, parece lógico que existan cuadros de dolor mixtos y que sea obligatorio iniciar el tratamiento lo antes posible para romper este círculo vicioso. Los tipos de dolor en el SDRC y los mecanismos fisiopatológicos subyacentes vinculados se muestran en la Figura 1.

Por tanto, cada tipo de dolor debe identificarse en los pacientes con SDRC mediante una anamnesis exhaustiva, un examen físico y pruebas de diagnóstico o biomarcadores (actualmente en desarrollo) para optimizar la eficacia del tratamiento (Tabla I). Durante el transcurso del síndrome, los pacientes con SDRC probablemente experimenten más de un tipo de dolor distinto. Por lo tanto, todos profesionales que atendemos a estos pacientes debemos estar alerta no solo para ajustar su tratamiento si los mecanismos fisiopatológicos subyacentes tienden a cambiar, sino también para personalizar el tratamiento del tipo de dolor asociado en el paciente con SDRC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harden NR, Bruehl S, Perez RSGM, Birklein F, Marinus J, Maihofner C, et al. Validation of proposed diagnostic criteria (the "Budapest Criteria") for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain*. 2010;150(2):268-74. DOI: 10.1016/j.pain.2010.04.030.
2. Goebel A, Birklein F, Brunner F, Clark JD, Gierthmühlen J, Harden N, et al. The Valencia consensus-based adaptation of the IASP complex regional pain syndrome diagnostic criteria. *Pain*. 2021;162(9):2346-48. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002245.
3. Mangnus TJP, Dirckx M, Huygen FJPM. Different Types of Pain in Complex Regional Pain Syndrome Require a Personalized Treatment Strategy. *J Pain Res*. 2023;16:4379-91. DOI: 10.2147/JPR.S432209.
4. Korwisi B, Barke A, Treede RD. Evidence- and consensus-based adaption of the IASP complex regional pain syndrome diagnostic criteria to the ICD-11 category of chronic primary pain: a successful cooperation of the IASP with the World Health Organization. *Pain*. 2021;162(9):2313-4. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002246.
5. International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]; 2024 (último acceso el 14 de enero de 2024). Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

Figura 1. Tipos de dolor en el SDRC.



Adaptada de Mangnus y cols. (3).

Tabla I. Mecanismos subyacentes, instrumentos de diagnóstico y tratamientos que pueden vincularse con el dolor nociceptivo, neuropático y nociplástico en el SDRC.

Tipos de dolor reconocidos por la IASP	Evidencia en SDRC	Instrumentos de diagnóstico	Tratamiento
Dolor nociceptivo	Inflamación	Exploración física Biomarcadores de inflamación	Fisioterapia y rehabilitación Tratamiento psicológico Escalera analgésica de la OMS Fármacos inmunomoduladores
	Contracturas	Exploración física	Fisioterapia y rehabilitación Tratamiento psicológico
	Distonía	Exploración física	Fisioterapia y rehabilitación Antiespasmolíticos Tratamiento psicológico
Dolor neuropático	Lesiones de grandes nervios	Exploración física: dolor de distribución neuroanatómica Cuestionarios (DN4, PainDETECT) Electromiografía y electroneurografía Resonancia magnética	Fisioterapia y rehabilitación Tratamiento psicológico Antidepresivos o anticonvulsivantes Neuroestimulación

	Neuropatía de fibras pequeñas	Estudios sensoriales cuantitativos, biopsia de piel	
Dolor nociplástico	Sensibilización central	Exploración física: Alodinia/hiperalgesia generalizada Mapa corporal de Michigan Estudios sensoriales cuantitativos Modulación condicionada del dolor	Fisioterapia y rehabilitación Tratamiento psicológico Antidepresivos o anticonvulsivantes Ketamina intravenosa Neuroestimulación

Adaptada de Mangnus y cols. (3).