



https://printo.it/pediatric-rheumatology/ES_GL/intro

Síndromes de dor nas extremidades

Versión de 2016

3. Síndrome de dor rexional complexa de tipo 1 (Sinónimos: distrofia simpática reflicte, síndrome de dor musculoesquelética idiopática localizada)

3.1 Que é?

Dor moi intensa de causa descoñecida nunha extremidade, que se asocia con frecuencia a alteracións cutáneas.

3.2 Como é de frecuente?

A súa frecuencia descoñécese. Con todo, sábese que é máis frecuente en adolescentes (idade media ao redor dos 12 anos) e en nenas.

3.3 Cales son os síntomas máis habituais?

Xeralmente existe dor moi intensa e prolongado nun membro, que non responde a distintos tratamentos e que se intensifica ao longo do tempo. Con frecuencia, a dor pode facer que se tenda a utilizar menos o membro afectado.

Unha característica da enfermidade é que sensacións que non resultan dolorosas á maior parte da xente poden resultar extremadamente dolorosas para eles, por exemplo, o rozamento da pel con algún obxecto. Esta hipersensibilidade dolorosa denomínase «alodinia». Estes síntomas interfieren coas actividades diarias destes nenos, o que provoca un absentismo escolar moi significativo.

Un subgrupo de pacientes desenvolve ao longo do tempo cambios cutáneos na zona afectada, que poden consistir en cambios de coloración (palidez ou aspecto manchado), de temperatura (xeralmente

reducida) ou de transpiración. Tamén pode observarse inflamación dun membro. En ocasións, o neno mantén o membro en posturas estrañas e evita movelo.

3.4 Como se diagnostica?

Ata hai uns anos, estas síndromes recibiron distintos nomes. Con todo, hoxe en día, os médicos fan referencia a elas como síndromes de dor rexional complexa. Para o diagnóstico da enfermidade utilízanse diferentes criterios.

O diagnóstico é clínico, baseado nas características da dor (intensa, prolongada, limitante da actividade, que non responde ao tratamento e presenza de alodinia) e na exploración física.

A combinación de síntomas e de achados na exploración física é bastante característico. O diagnóstico require descartar outras enfermidades que poden ser tratadas por médicos ou pediatras de atención primaria antes de derivar ao paciente a un reumatólogo pediátrico. As análises son normais. Unha RM pode mostrar alteracións non específicas do óso, articulacións e músculos.

3.5 Como se trata?

O tratamento que dá mellores resultados é o inicio dun programa de exercicio físico intensivo supervisado por un fisioterapeuta e un terapeuta ocupacional, combinado ou non con psicoterapia. Ata a data utilizáronse outros tratamentos, illados ou en combinación, incluídos os antidepressivos, biofeedback, estimulación eléctrica transcutánea dos nervios e tratamento condutual, sen resultados definitivos. Os analxésicos adoitan ser ineficaces. Están a realizarse investigacións e no futuro espérase que xurdan mellores tratamentos a medida que se identifiquen as causas. O tratamento é difícil para todos os implicados, os nenos, a familia e o equipo terapéutico. A intervención de psicólogos ou psiquiatras adoita ser necesaria, dadas as tensións que provoca a enfermidade. As maiores causas do fracaso do tratamento é a dificultade da familia á hora de aceptar o diagnóstico e cumprir as recomendacións de tratamento.

3.6 Que prognóstico ten?

A enfermidade ten un mellor prognóstico en nenos que en adultos. Ademais, a maioría dos nenos recupéranse máis rápido que os adultos. Con todo, a recuperación leva tempo, e este varía enormemente dun neno a outro. O diagnóstico e a intervención nas primeiras etapas asóciase a un mellor prognóstico.

3.7 Como afecta ás actividades cotiás?

Débase animar a que os nenos continúen activos, realicen deporte, asistan á escola de forma diaria e pasen o seu tempo de lecer cos seus compañeiros.