

# Distrofia simpática refleja: descripción de un caso con lesiones cutáneas

Aránzazu Vergara, María J. Isarría, María Prado Sánchez-Caminero y Aurora Guerra

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**Resumen.**—La algodistrofia simpática refleja es un síndrome mal definido en el que el paciente desarrolla un dolor desproporcionado a la causa. Se incluye dentro de los síndromes dolorosos regionales complejos. Los síntomas comienzan ante un traumatismo previo, en ocasiones trivial, y consisten en dolor urente, edema, cambios en el color de la piel, alteraciones en la vascularización, cambios de temperatura, hiperhidrosis y alteraciones cutáneas que consisten principalmente en cambios atróficos. Se han descrito otras manifestaciones cutáneas menos frecuentes en pacientes con este síndrome consistentes en pápulas, ampollas, lesiones inflamatorias e hiperpigmentación de aspecto reticulado. Presentamos el caso de un paciente con algodistrofia simpática refleja que tenía úlceras superficiales en la extremidad afectada que parecía una dermatitis artefacta.

**Palabras clave:** algodistrofia simpática refleja, traumatismo, úlceras.

## REFLEX SYMPATHETIC DYSTROPHY: DESCRIPTION OF A CASE WITH SKIN LESIONS

**Abstract.**—Reflex sympathetic dystrophy or algodystrophy is a poorly defined syndrome in which the patient develops pain disproportionate to the cause. It is included among the complex regional pain syndromes. The symptoms are triggered by some type of trauma, at times trivial, and consist of burning pain, edema, changes in skin color, alterations in vascularization, temperature changes, hyperhidrosis and skin disorders, which primarily consist of atrophic changes. Other less frequent cutaneous manifestations have been described in patients with this syndrome. These include papules, blisters, inflammatory lesions and reticulated hyperpigmentation.

We discuss the case of a patient with reflex sympathetic dystrophy who presented with superficial ulcers on the affected limb, which mimicked dermatitis artefacta.

**Key words:** reflex sympathetic dystrophy, trauma, ulcers.

## INTRODUCCIÓN

La algodistrofia simpática refleja (ASR) es un síndrome mal definido en el que el paciente desarrolla un dolor desproporcionado a la causa desencadenante<sup>1</sup>. Se incluye dentro de los síndromes dolorosos regionales complejos, donde encontramos dos grupos<sup>2</sup>: algodistrofia simpática refleja secundaria a un traumatismo menor y causalgia, secundaria a un traumatismo menor. Los síndromes dolorosos regionales consisten en procesos dolorosos regionales, de predominio distal, secundarios a un traumatismo previo, cuya evolución excede tanto en la intensidad como en la duración que cabría esperar ante el agente precipitante. Los criterios diagnósticos de la ASR son cuatro<sup>3</sup>: factor desencadenante o inmovilización, alodinia o hiperestesia, alteración en la circulación sanguínea o edema y exclusión de otras causas.

La ASR cursa en tres estadios desde el inicio del traumatismo. El estadio I, por hiperactividad simpática, comprende hasta el primer mes. Cursa con va-

sodilatación y aparece dolor «quemante», edema, hiperhidrosis, inestabilidad en el sistema neurovascular cutáneo con piel moteada e intolerancia al frío. El estadio II, hasta el séptimo mes, cursa con vasoconstricción. Aumenta el dolor y aparecen movimientos anormales; la piel está fría, seca, suave, con disminución en el crecimiento del vello y alteraciones ungueales. El estadio III, más de 8 meses desde el trauma, cursa con vasoconstricción. Aparecen cambios autoinmunes, inflamatorios y atróficos así como engrosamiento de los tejidos profundos con la aparición de contracturas. En la radiografía se puede observar osteoporosis.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 35 años que acudió a la consulta de dermatología por unas úlceras superficiales en el dorso del pie izquierdo de más de un año de evolución que no respondían a tratamientos convencionales con curas tópicas. El paciente contaba como antecedente de interés un esguince en el tobillo izquierdo que requirió inmovilización 18 meses antes. A las pocas semanas de la inmovilización, comenzó un cuadro de dolor urente por el que fue estudiado en el Servicio de Traumatología. Por la historia clínica del paciente se diagnosticó de ASR y se inició tratamiento con analgésicos.

*Correspondencia:*  
Aránzazu Vergara. Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Avda. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid. España.  
aranvergara@yahoo.es

Recibido el 3 de abril de 2005.  
Aceptado el 30 de agosto de 2005.

cos orales, fisioterapia que el paciente no toleró por el dolor y calcitonina oral con pobres resultados. En las radiografías óseas se observó cierto grado de osteoporosis.

Se realizó un estudio para descartar patología vascular como causante del dolor, donde no se encontraron alteraciones. Asimismo el estudio neurológico demostró paresia en flexoextensión; sin embargo, no se pudieron hacer pruebas más específicas de provocación, por la presencia de úlceras en el miembro afectado.

Al inicio del cuadro doloroso el paciente refería hinchazón, color violáceo y piel fría en el dorso del pie afectado y unas semanas después aparecieron erosiones de morfología lineal (fig. 1). Una biopsia cutánea fue inespecífica y un estudio de inmunidad con anticuerpos antinucleares dio resultados negativos. Se consideró que estas lesiones cutáneas estaban asociadas a ASR.



Fig. 1.—Coloración eritematosa violácea en el dorso del pie izquierdo, con edema y úlceras superficiales lineales y otras ovaladas.

## COMENTARIO

La ASR se acompaña, de forma habitual, de alteraciones cutáneas que consisten principalmente en edema, inestabilidad vascular, cambios en la temperatura y el color de la piel, alteraciones en el crecimiento del pelo y las uñas y en las fases finales puede aparecer atrofia cutánea<sup>4,6</sup>. Nuestro paciente presentaba úlceras superficiales de morfología lineal, edema y cianosis. Webster publicó 2 casos de ASR con lesiones similares<sup>1</sup>. Sundaram encontró úlceras cutáneas en un 12 % de una serie de 26 pacientes con ASR<sup>4</sup> y van der Laan, en una serie de 154 pacientes diagnosticados de ASR, observó que 26 de ellos desarrollaban úlceras cutáneas<sup>3</sup>.

En los pacientes con ASR y úlceras cutáneas crónicas se sospecha habitualmente un proceso de automutilación<sup>1,3,7</sup> por la morfología de las lesiones que suele ser lineal, en zonas accesibles al paciente y por la mala respuesta a los tratamientos convencionales. Sin embargo, las series de pacientes descritos con lesiones similares apuntan a un mecanismo subyacente común que sería la fragilidad cutánea que aparece en los estadios finales de la ASR, así como una respuesta inusual ante un traumatismo mínimo por alteraciones en los sistemas nervioso y vascular encargados de mantener la integridad cutánea.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Webster GF, Schwartzman RJ, Jacoby RJ, et al. Reflex sympathetic dystrophy. *Arch Dermatol.* 1991;127:1541-4.
2. Phelps RG, Wilentz S. Reflex sympathetic dystrophy. *Int J Dermatol.* 2000;39:481-6.
3. Van der Laan L, Veldman PHJM, Goris RJA. Severe complications of reflex sympathetic dystrophy: infections, ulcers, chronic edema, dystonia and myoclonus. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998;79:424-9.
4. Sundaran S, Webster GF. Vascular diseases are the most common cutaneous manifestations of reflex sympathetic dystrophy. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:1050-1.
5. Wagner DL, Hathaway RC. An unusual cutaneous presentation of reflex sympathetic dystrophy. *Anesthesiology.* 1995;85:1122-4.
6. Webster GS, Iozzo RV, Schwartzman RJ, et al. Reflex sympathetic dystrophy: occurrence of chronic edema on non immune bullous skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28:29-32.
7. Lipp KE, Smith JB, Brandt TP, et al. Reflex sympathetic dystrophy with mutilating ulcerations suspicious of factitial origin. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35:843-5.