

Algodistrofia. ¿Un diagnóstico desconocido en Pediatría?

Algodistrofia. Diagnostiko ezezaguna ote pediatrian?

B. Orive Olondriz*, J. Cortés Hernández**

* Servicio de Pediatría. Hospital Txagorritxu. Vitoria

Servicio de Medicina Nuclear Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

Correspondencia: B. Orive Olondriz. Servicio de Pediatría. Hospital Txagorritxu. Vitoria

La algodistrofia (síndrome de distrofia simpático-refleja), es un complejo de síntomas caracterizado por dolor intenso, extrema hiperestesia, inflamación, disfunción del sistema nervioso autónomo e impotencia funcional de la extremidad afectada.

Es una enfermedad relativamente frecuente en adultos, muchas veces infra-diagnosticada pero que existe también en niños, especialmente en niñas adolescentes con un entorno psicológico particular: niños perfeccionistas, ansiosos y sobreprotegidos. Suele desencadenarse tras un traumatismo, una infección o sin causa aparente.

Se han reportado diferencias en la manera de presentación de esta enfermedad entre niños y adultos (Tabla I). En niños suele afectarse sobre todo la extremidad inferior, en particular el pie y el tobillo, mientras que en el adulto, es más frecuente la afectación del miembro superior. Los niños responden satisfactoriamente al tratamiento conservador y apoyo psicosocial, mientras el adulto, requiere tratamientos más agresivos que incluyen el bloqueo del nervio simpático. Las secuelas son raras en los niños pero más de un 35% de adultos las presentan.

La patogenia es desconocida, considerándose la alteración del reflejo nervioso simpático autónomo el eje central de la enfermedad, produciendo alteraciones vasculares periféricas. La sintomatología está dominada por el dolor que suele ser es-

pontáneo, intenso, suele impedir el sueño y aumenta con el movimiento, aunque la movilidad prudente de la articulación muestra una amplitud normal y suele haber alteraciones en el color y en la temperatura de la piel, parestesias y edema.

La presencia de dos signos y síntomas de cada categoría sugiere el diagnóstico clínico (Tabla II).

Se distinguen dos formas: a) isquémica o fría, simulando un cuadro isquémico y b) caliente, que sugiere un episodio inflamatorio. No existen ningún dato de laboratorio que sea específico de la enfermedad y los hallazgos radiológicos aparecen varias semanas después del inicio del proceso, pero no son un argumento específico para el diagnóstico y consisten en áreas de desmineralización ósea. En los niños la radiografía es normal en más del 70% de los casos. La gammagrafía ósea con difosfonato marcado con Tc 99 es el método de diagnóstico de elección. En las formas isquémicas existe una captación disminuida del trazador en la zona afectada, que parece una *amputación gammagráfica*; esta alteración confirma la disminución del aporte circulatorio a la zona periférica del hueso. En cambio en la forma *pseudoinflamatoria*, se objetiva una hipercaptación del trazador en la zona de la lesión.

Dado que este proceso no suele sospecharse en niños, los pacientes afectados son a menudo sometidos a exploraciones innecesarias y a tratamientos inadecuados.

TABLA I. COMPARACIÓN DATOS CLÍNICOS, NIÑOS-ADULTOS

	Niños	Adultos
Zona afectada	Extremidad inferior	Extremidad superior
Sexo	Más frecuente en niñas	Similar
Desencadenante	40%	> al 90%
Tratamiento	Conservador	Bloqueo nervioso, esteroides, etc.
Secuelas	Raro	Más del 35%

TABLA II. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALGODISTROFIA

Dolor neuropático

Dolor urente
Disestesias, parestesias
Alodinia mecánica
Hiperalgesia al frío

Disfunción vegetativa

Cianosis
Piel marmórea
Hiperhidrosis
Edema
Diferencia de temperatura entre extremidades > de 3°.

CASO CLÍNICO

Varón de 4 años, que consulta por dolor intenso e impotencia funcional en el pie derecho, que aparece sin antecedente de traumatismo. Estaba afebril y la exploración física reveló una importante tumefacción, enrojecimiento y calor a nivel del tobillo y el dorso del pie derecho que le producía dolor intenso e impotencia funcional, siendo incapaz de apoyar el pie en el suelo; la amplitud de la articulación era normal, no tenía otros signos inflamatorios, ni alteraciones cutáneas. La radiografía simple de la extremidad inferior derecha fue normal, así como los parámetros bioquímicos en sangre (Hemograma, PCR, factor reumatoide, complemento, glucemia, perfil de lípidos). La gammagrafía ósea en tres fases, con Difosfonato marcado con Tc 99 reveló un au-



Figura 1. Gammagrafía ósea en tres fases (difosfonato-Tc 99).

Fase I: adelanto e incremento de la vascularización a nivel de extremidad inferior derecha.

Fase II: aumento generalizado del pool sanguíneo en extremidad inferior derecha.

Fase III: hipercaptación difusa ósea de predominio yuxta-articular, sobre todo en el dorso del pie derecho.

mento de captación del radiotrazador a nivel del tobillo y pie derechos, con acentuación yuxta-articular, correspondiente a algodistrofia de la extremidad inferior derecha en su variedad caliente o pseudoinflamatoria.

El paciente ha recibido tratamiento con anti-inflamatorios no esteroideos con desaparición rápida y sin secuelas de los síntomas.

CONCLUSIONES

- Debe considerarse el diagnóstico de algodistrofia, cuando existe una extremidad intensamente dolorosa, particularmente cuando los datos de laboratorio y la clínica son negativos para enfermedad inflamatoria y el dolor es el dato relevante.

- La algodistrofia del niño existe. El diagnóstico precoz aumenta la posibilidad de una rápida respuesta al tratamiento y por tanto a la curación sin secuelas.

- La gammagrafía ósea en tres fases, con difosfonato marcado con Tc 99, es la exploración de elección para el diagnóstico de algodistrofia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Doury P et al. Algodystrophie de l'enfant. *Revue du Rhumatisme* 1982; **49** (11): 775-779.
2. Holder L et al. Reflex Sympatetic Dystrophy in the foot: Clinical and Scintigraphic criteria. *Radiology* 1992; **184**: 531-535.
3. Touzet Ph et al. Les formes trompeuses de l'algoneurodystrophie de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Pediatr* 1991; **38** (10): 673-681.
4. Bernstein B et al. Reflex neurovascular dystrophy in childood. *The Journal of Pediatrics* 1978; **93**: 211-215.
5. Laxer RM et al. Technetium 99m-methylene diphosphonate bone scans in children with reflex neurovascular dystrophy. *The Journal of Pediatrics* 1985; **106**: 437-440.
6. Cuartero Plaza A et al. Abnormal bone scintigraphy and silent radiography in localized reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Eur J Nucl Med* 1992; **19**: 330-333.