

# Abordaje terapéutico en un caso de síndrome de dolor regional complejo de la extremidad superior

## *Therapeutic approach in a case of complex regional pain syndrome of the upper limb*

VÍCTOR LAHOZ-TENA\*, MA. JOSÉ GROIZARD-BOTELLA, SALOMÓN GLORIA-ESCOBAR, XAVIER VILÀ-JUSTRIBÓ  
Y ADRIANA BURITICA-AGUIRRE

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

### RESUMEN

Paciente de 39 años con fractura de Colles en 2021, manejada ortopédicamente. Posteriormente desarrolla disestesias y edema, inicialmente diagnosticado como trastorno conversivo. Un EMG evidencia neuropatía axonal distal del radial derecho, y la gammagrafía corroboró el diagnóstico de SDRC postraumático en fase hiperémica. Diagnóstico de SDRC de ESD, tratado con lidocaína-ketamina y bloqueo del ganglio estrellado sin mejoría. Consulta en 2023 por dolor grave, contracturas en flexión y alodinia extrema, planteándose amputación. Se propone ingreso para movilización forzada con bloqueo interescalénico. Durante el procedimiento se objetivó luxación MCF del tercer dedo. Se inicia perfusión de ketamina-lidocaína y terapia rehabilitadora con toxina botulínica, espejo y abordaje psicosocial. Evoluciona favorablemente con recuperación funcional progresiva, permitiéndole retomar su vida laboral y deportiva.

**Palabras clave:** SDRC. Neuropatía axonal. Bloqueo interescalénico. Rehabilitación multimodal.

### ABSTRACT

39-year-old patient with a Colles fracture in 2021, managed orthopedically. Subsequently developed dysesthesias and edema, initially diagnosed as a conversion disorder. An EMG revealed distal axonal neuropathy of the right radial nerve, and scintigraphy confirmed post-traumatic CRPS in a hyperemic phase. Diagnosed with CRPS of the right upper limb, treated with lidocaine-ketamine and stellate ganglion block without improvement. In 2023, the patient presented with severe pain, flexion contractures, and extreme allodynia, considering amputation. Hospital admission was proposed for forced mobilization under interscalene block. During the procedure, MCF joint dislocation of the third finger was observed. Lidocaine-ketamine infusion and rehabilitation therapy with botulinum toxin, mirror therapy, and psychosocial intervention were initiated. Favorable evolution was achieved, with progressive functional recovery, allowing the patient to resume work and sports activities.

**Keywords:** CRPS. Axonal neuropathy. Interscalene-block. Multimodal rehabilitation.

#### \*Correspondencia:

Víctor Lahoz-Tena  
E-mail: vlahoz.lleida.ics@gencat.cat

**Recibido:** 29-05-2025

**Aceptado:** 19-06-2025

**DOI:** 10.24875/DOL.M25000016

Disponible en internet: 27-01-2026

DOLOR. 2026;41(1):16-19

[www.dolor.es](http://www.dolor.es)

## CASO CLÍNICO

### Antecedentes

Varón de 39 años sin alergias medicamentosas conocidas y sin hábitos tóxicos. Antecedente de fractura de Colles derecha en febrero de 2021, manejado inicialmente de forma ortopédica. Sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

### Enfermedad actual

Acudió a la Unidad del Dolor de nuestro centro por dolor de características neuropáticas en toda la extremidad superior derecha con presencia de hiperalgesia y alodinia en dicha región. Refirió un ENV 4-5/10, una puntuación 5/10 del test DN4 y episodios de dolor irruptivo neuropático 10/10.

### Exploración física

Acudió con el brazo en cabestrillo, con abducción en 60° y retropulsión de espalda, contractura en flexión de 100° del codo, muñeca y mano "en garra" ambos a 90°, con lesiones por decúbito en uñas en región palmar. La inspección de la piel reveló una mano edematizada y con xerosis cutánea. La mano se mostró completamente afuncional y con gran dificultad para su exploración debido al dolor (Fig. 1).

### Exploraciones complementarias

Resonancia magnética (2021): cambios secundarios en la fractura marginal de la epífisis del radio derecho.

Gammagrafía (2021): síndrome de dolor regional complejo postraumático metabólicamente activo y en fase hiperémica de predominio distal.

Electromiografía (2021): neuropatía parcial axonal distal del nervio radial derecho.

Electromiografía (2023): EMG con resultado normal.

### Diagnóstico y diagnóstico diferencial

Diagnóstico principal: síndrome de dolor regional complejo tipo 2 de la ESD.

Diagnóstico diferencial: radiculopatía cervical C5-C7, artritis inflamatoria (psoriásica o reumatoide), capsulitis adhesiva, fenómeno de Raynaud, trastorno somatomorfo y fibromialgia.



**Figura 1.** Estado de la extremidad superior derecha en la primera visita en Unidad del Dolor. Nótese la contractura en flexión de 100° del codo, muñeca y mano "en garra" ambos a 90° y con lesiones por decúbito en uñas en región palmar.

### Intervención realizada

Ante el fracaso previo de las perfusiones de lidocaína-ketamina-metadona ev y del bloqueo del ganglio estrellado derecho, el tratamiento inicialmente propuesto en comité multidisciplinar consistió en ingreso hospitalario programado para colocación de catéter y bloqueo del plexo interescalénico e inicio de rehabilitación intensiva. Con las movilizaciones forzadas se objetivó luxación de articulación MCF del tercer dedo que requirió de reducción en quirófano, presentando nueva exacerbación del dolor por lo que se posicionó catéter perineural supraclavicular y perfusión de ketamina. Con la RHB se consiguió extensión completa del codo y mejoría en la flexión de la muñeca (Fig. 2), al cuarto día de ingreso se realizó nueva movilización forzada en quirófano, colocación de férula e infiltración de toxina botulínica.

Se inició terapia ocupacional con esquema corporal frente al espejo, y abordaje psicosocial de reducción del estrés, terapia cognitivo-conductual y aceptación-compromiso.



**Figura 2.** Estado de la extremidad superior derecha en el último día de ingreso tras las movilizaciones forzadas.

## DISCUSIÓN

El presente caso clínico ilustra un síndrome de dolor regional complejo (SDRC) tipo II, anteriormente denominado distrofia simpática refleja (DSR), término actualmente en desuso según las guías de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). El SDRC tipo II se diferencia del tipo I en que existe una lesión nerviosa periférica demostrable, como fue el caso de este paciente, en quien se objetivó una neuropatía axonal distal del nervio radial derecho mediante electromiografía. En contraste, el SDRC tipo I se presenta sin evidencia de daño neurológico mayor, y suele estar asociado a lesiones tisulares menores o inmovilización, siendo más frecuente pero clínicamente menos invalidante que el tipo II. Ambas presentan mecanismos fisiopatológicos complejos, involucrando procesos neuroinflamatorios, sensibilización central, disfunción autonómica, alteraciones inmunes y cambios corticales.

En este contexto, es importante destacar que, aunque múltiples terapias farmacológicas e intervencionistas

han sido utilizadas para el manejo del SDRC, el tratamiento con mayor nivel de evidencia en términos de recuperación funcional es la rehabilitación intensiva y precoz, idealmente multidisciplinaria y personalizada. Sin embargo, este tipo de abordaje requiere como condición indispensable un control adecuado del dolor, ya que la hiperalgesia, la alodinia y las contracturas pueden limitar la participación activa del paciente en el proceso rehabilitador.

En este caso, la rehabilitación intensiva se implementó de forma efectiva solo después de lograr un adecuado manejo analgésico mediante bloqueo interescalénico continuo, perfusiones intravenosas de ketamina y lidocaína, e infiltración de toxina botulínica. Estos tratamientos permitieron controlar el dolor neuropático severo y reducir la espasticidad muscular, facilitando así el abordaje fisioterápico, la movilización pasiva forzada y la terapia ocupacional. Además, se integraron estrategias psicosociales como terapia cognitivo-conductual, intervenciones de aceptación y compromiso y terapia espejo, todas ellas recomendadas en las guías actuales para el manejo del dolor crónico complejo.

Este caso pone de manifiesto la importancia de un enfoque multimodal e interdisciplinario, en el que la intervención del anestesiólogo experto en dolor resulta clave para crear una ventana terapéutica que permita la activación física y psicosocial del paciente. A pesar de una evolución prolongada, con múltiples tratamientos fallidos, la combinación de técnicas intervencionistas, farmacoterapia avanzada y rehabilitación estructurada permitió una recuperación funcional significativa y una reintegración satisfactoria a la vida laboral y deportiva.

En resumen, este caso refuerza que el éxito terapéutico en el SDRC tipo II no depende exclusivamente del control del dolor, sino de la capacidad de implementar una estrategia coordinada, intensiva y centrada en el paciente, en la que el control analgésico actúa como facilitador del verdadero objetivo terapéutico: la recuperación funcional y la mejora de la calidad de vida.

## CONCLUSIONES

- Varón de 39 años con antecedentes de fractura de Colles derecha, que desarrolló síndrome de dolor regional complejo con dolor neuropático, hiperalgesia, alodinia y disfunción en la extremidad superior derecha.

- Tras varios intentos terapéuticos fallidos, se implementó un tratamiento multidisciplinario que incluyó bloqueos nerviosos, rehabilitación intensiva y terapia ocupacional con enfoque psicosocial.
- El paciente experimentó una mejoría significativa en la movilidad del codo y muñeca, recuperando parcialmente su funcionalidad y capacidad para realizar actividades laborales y deportivas, aunque con episodios de dolor residual.

## REFERENCIAS

- Birklein F, Schattschneider J, O'Neill D, et al. Complex regional pain syndrome: aetiology, diagnosis, clinical features, and therapy. *Lancet Neurol*. 2009;8(7):634-42.
- Bovaira Forner MT, García Vitoria C, Calvo Laffarga AA, Desé Alonso J, Tortosa Soriano G, Bayarri García V, et al. Actualizaciones en el abordaje terapéutico en el síndrome de dolor regional complejo. *Rev Soc Esp Dolor*. 2022;29(1):34-50.
- Bruehl S, Harden RN, Galer BS, et al. Complex regional pain syndrome: are there distinct subtypes and sequential stages. *Pain*. 2002;95(1-2):119-24.
- Buvanendran A, Kroin JS, et al. Complex regional pain syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *J Pain Res*. 2013;6:129-37.
- Harden RN, Bruehl S, et al. Complex regional pain syndrome: insights from pathophysiology and current treatment algorithms. *Pain Med*. 2010;11(10):1463-79.
- Hernández-Porras BC, Plancarte-Sánchez R, Alarcón-Barrios S, Sámano-García M, Pérez-Garrido L, Gómez-Lechón L, et al. Síndrome doloroso regional complejo: revisión. *Cirugía y Cirujanos*. 2017;85(4):366-74.
- Marinus J, Moseley GL, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurol*. 2011;10(7):637-48.
- Merskey H, Bogduk N, et al. IASP Task Force on Taxonomy. In: *Classification of Chronic Pain*. 2nd edition. Seattle: IASP Press; 2012.
- Perez RS, Zollinger PE, et al. Interventions for complex regional pain syndrome type I: systematic review of the literature. *Eur J Pain*. 2011;15(3):3-15.
- van der Spek DPC, Dirckx M, Mangnus TJP, Cohen SP, Huygen FJPM. Complex regional pain syndrome. *Pain Pract*. 2024;00:1-16.