

SÍNDROME DOLOROSA COMPLEXA REGIONAL TIPO I - RELATO DE CASO

REGIONAL COMPLEX PAIN SYNDROME TYPE I – CASE REPORT

BRUNA MARIA BIANCHI DAS **NEVES**. Acadêmica do 6° ano de medicina no Centro Universitário Uningá.

PLÍNIO RAFAEL VERÍSSIMO **THOM**. Acadêmico do 6° ano de medicina no Centro Universitário Uningá.

LUIS EDUARDO SANTA **ROSA**. Acadêmico do 6° ano de medicina no Centro Universitário Uningá.

Avenida Prudente de Moraes – Apto 1401 A – n° 301, Cep 87020-010, Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: bmariabianchib@gmail.com

RESUMO

A Síndrome Dolorosa Complexa Regional tipo 1 (SDCR-1) é uma doença rara, debilitante, de causa não conhecida, geralmente desencadeada após traumas ou cirurgias. Caracteriza-se por alterações vasculares, musculares, esqueléticas e da pele - principalmente nas extremidades. Há ainda incapacidade física e prejuízo psicossocial. O paciente costuma queixar-se de dor desproporcional a causa. O diagnóstico é necessariamente clínico e embora seja difícil e de exclusão, é essencial para que se tenha melhora dos sintomas. O principal objetivo dos tratamentos hoje disponíveis é baseado no alívio da dor e no reestabelecimento da função do membro acometido, apoiando-se em terapia medicamentosa, fisioterapia e apoio psicológico através de equipe multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Distrofia Simpálicorreflexa. Dor Neuropática. Causalgia.

ABSTRACT

Regional Complex Pain Syndrome type 1 (CDDR-1) is a rare, debilitating disease of unknown cause, usually triggered by trauma or surgery. It is characterized by vascular, muscular, skeletal and skin changes - mainly in the extremities. There is also physical disability and psychosocial impairment. The patient usually complains of disproportionate pain to the cause. The diagnosis is necessarily clinical and although it is difficult and exclusionary, it is essential for the improvement of the symptoms. The main objective of the treatments available today is based on the relief of pain and the reestablishment of the affected limb function, relying on drug therapy, physiotherapy and psychological support through a multidisciplinary team.

KEYWORDS: Sympathetic-refractory dystrophy. Neuropathic pain. Causalgia.

INTRODUÇÃO

A Síndrome Dolorosa Complexa Regional tipo I (SDCR-1) é conhecida há mais de um século. A primeira descrição foi realizada por Mitchell, no ano de 1864, ainda com o termo de causalgia. Muitas terminologias foram usadas ao longo dos anos, como causalgia, algodistrofia, distrofia simpático reflexa e atrofia de Sudeck. Desde 1994, porém, o Consenso da Associação Internacional para o Estudo da Dor (AIED) definiu a atual nomenclatura: Síndrome Dolorosa Complexa Regional tipo I (SAMPAIO, 2010).

A síndrome é caracterizada pela dor espontânea neuropática regional em queimação, desproporcional a causa, persistente, combinada com alterações vasculares, musculares, esqueléticas e da pele, como edema, sudorese, instabilidade vasomotora, rigidez articular e atrofia óssea. Há piora evidente da dor após alguns estímulos, em especial: toque, movimento e mudança de temperatura (ÁLVARES, 2009).

O objetivo deste trabalho consistiu em relatar um caso de Síndrome Dolorosa Complexa Regional tipo I revisando a literatura e atualizando um conjunto de informações com o intuito de melhor compreender esta importante e rara síndrome dolorosa.

EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia da SDCR-1 ainda é incerta. O que se sabe é que há maior prevalência em mulheres em uma proporção de 3:1, principalmente após a menopausa - sendo a idade média de 41 anos. Na grande maioria das vezes, o paciente apresenta apenas um dos membros acometidos, sendo o lado direito mais frequente. Nos adultos, há dominância dos membros superiores, enquanto que na população infantil, dos inferiores. Em 65% dos pacientes há história prévia de trauma – sendo 4% após punção venosa. Ainda não foram descritos fatores de risco para a doença, embora a imobilização prolongada possa funcionar como desencadeador de lesão (CORDON, 2002).

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 40 anos, negra, casada, católica, natural de Juiz de Fora – MG, procurou o Pronto Atendimento do Hospital Honpar localizado na cidade de Araçongas - PR com quadro de dor contínua em antebraço e mão direitos, de forte intensidade, sem irradiação, do tipo queimação, com piora ao movimento passivo há quatro semanas. No exame físico observou-se importante assimetria entre os membros superiores devido ao marcante edema, dor à manipulação passiva e ativa, alodinia, diferença de temperatura, limitação de mobilidade e rigidez articular em relação ao membro contralateral. Apresentava escore 10 de 10 na escala numérica de intensidade da dor e notável sofrimento psíquico. A paciente havia recebido diagnóstico prévio de Síndrome Dolorosa Complexa Regional tipo I há 8 anos estabelecido pela Santa Casa de Juiz de Fora – MG após cansativa investigação diagnóstica. Foi submetida a inúmeros tratamentos, dentre eles, o bloqueio anestésico do gânglio estrelado direito associado à fisioterapia, que se mostrou muito eficaz. Desde então, a paciente submeteu-se a vários bloqueios em períodos de agudização da doença - os quais se fazem menos frequentes nos

últimos dois anos. Esteve assintomática por sete meses até a sua atual agudização. Em história pregressa apresenta hipertensão e diabetes mellitus tipo 2. Nega cirurgias ou traumas anteriores ao início da doença.

FISIOPATOLOGIA E DISCUSSÃO

Majoritariamente os autores consideram ser uma doença multifatorial e muitas teorias tentam ilustrar o assunto. A SDCR-1 reflete alterações as quais comprometem as fibras nervosas sensoriais do tipo C e A δ - que contribuem com os reflexos de retiradas e nocicepção dos neurônios do corno dorsal da medula espinhal e do cérebro, sendo assim, em resposta a uma injúria, haveria aumento da eficiência da transmissão sináptica, resultando em dor desproporcional a causa. Outra teoria respeitada enuncia que haveria aumento do número de receptores α -adrenérgicos periféricos sensíveis à noradrenalina causando hiperatividade simpática (ÁLVARES, 2009).

Estudos mostram que indivíduos com SDCR -1 apresentam níveis aumentados das citocinas IL-1 β , IL-2, IL-6 e TNF- α no tecido acometido, no plasma e no líquor. Outra possível explicação para a origem dessa doença é que os impulsos nervosos propagados de forma antidrômica, ou seja, de proximal para distal, poderia levar a liberação de neuropeptídeos que provocam dor nos nervos periféricos, como o neuropeptídeo Y, a substância P e o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina. Do ponto de vista genético, o HLA-DR3 parece estar relacionado. O fator psicoemocional ainda não recebeu dados consistentes que o comprovam como causa, mas a exacerbação da dor crônica tem sido relacionada. (CORDON, 2002).

DIAGNÓSTICO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O diagnóstico é essencialmente clínico e de exclusão. O quadro clínico é caracterizado por alodinia, edema, sudorese ou anidrose, alterações vasomotoras com alteração de cor e temperatura, limitação do movimento, rigidez articular, desmineralização óssea, alteração trófica, fraqueza, distonias e mioclonias. Não é necessário que todos esses achados estejam presentes concomitantemente (ÁLVARES, 2009).

O diagnóstico de SDCR-1 pode ser baseado no Consenso de Budapeste, que se caracteriza por:

O paciente deve reportar pelo menos um sintoma em três das quatro categorias seguintes:

- sensorial: relatórios de hiperestesia e/ou alodinia**
- vasomotor: relatórios de assimetria de temperatura e/ou mudanças de cor da pele e / ou assimetria de cores da pele**
- motor / edema: relatos de edema e/ou alterações da transpiração e/ou sujidade da assimetria**
- motor / trófico: relatórios de diminuição da amplitude de movimento e/ou disfunção motora (fraqueza, tremor, distonia) e / ou alterações tróficas (cabelo, unha, pele)**

O paciente deve exibir pelo menos um sinal no momento da avaliação

em duas das quatro categorias seguintes:

-sensorial: evidência da hiperalgesia (à picada de agulha) e / ou alodinia (ao toque leve e / ou sensação de temperatura e / ou pressão somática profunda e / ou movimento articular)

-vasomotor: evidência de assimetria temperatura ($> 1^{\circ} \text{C}$) e / ou a cor da pele alterações e / ou assimetria

-motora / edema: evidência de edema e / ou suando alterações e / ou suando assimetria

-motor / trófico: evidência de diminuição da amplitude de movimento e / ou disfunção motora (fraqueza, tremor, distonia) e / ou mudanças tróficas (cabelo, unha, pele)

Não há outro diagnóstico que explique melhor os sinais e sintomas (HARDEN, 2007).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

É preciso que haja um correto diagnóstico e que várias outras doenças não passem despercebidas pelo médico, como: Trombose Venosa Profunda, Celulite, Linfedema, Insuficiência Vascular, Síndrome do Desfiladeiro Torácico, Neuropatia Diabética, Síndrome Compartimental e Síndrome do Túnel do Carpo (ÁLVARES, 2009).

TRATAMENTO

O tratamento da SDCR-1 não segue protocolos pré-estabelecidos, uma vez que a doença não foi completamente elucidada. Dentre tantas incertezas há, entretanto, o consenso de que os pacientes necessitam de um manejo multifatorial e individualizado (CORDON, 2002).

O bloqueio do gânglio simpático, embora antigo, é uma das ferramentas utilizada pelos médicos na tentativa de controle da dor neuropática. O gânglio estrelado é formado a partir da fusão do gânglio cervical inferior com o primeiro gânglio torácico, adquirindo o formato de estrela - daí o seu nome. O bloqueio do gânglio pode ser realizado utilizando anestésicos, opioides ou esteroides (LIAO, 2016).

Mesmo promovendo extrema analgesia no paciente, esse procedimento não é isento de complicações. Aproximadamente 2 em cada 1000 bloqueios realizados seguem com o desencadeamento de efeitos adversos, dentre os mais comuns, destacam-se a Síndrome de Horner e a rouquidão devido ao comprometimento do nervo laríngeo recorrente. Outra adversidade que pode ocorrer, embora rara, é a raquianestesia total após bloqueio do gânglio (OLIVEIRA, 2013).

Concomitantemente ao bloqueio do gânglio simpático, foi descrito administração de toxina botulínica nos músculos flexores das falanges e da articulação do punho do membro acometido resultando em melhora da execução dos movimentos durante a fisioterapia passiva (LAURETTI, 2005).

Uma alternativa que mostrou-se eficaz em pacientes adultos foi o uso do ácido zoledrônico, embora sua ação analgésica ainda precise ser melhor entendida (CASTRO, 2011).

De simples execução, baixo custo e boa tolerabilidade, a terapia com caixa de espelhos tem oferecido uma ajuda valiosa na abordagem dessa doença. Seu mecanismo de ação envolve os circuitos cerebrais centrais e colabora com a diminuição da dor e ganho de amplitude de movimento. Porém, ainda são necessários estudos randomizados e controlados para evidenciar o seu real benefício (GASPAR, 2016).

CONCLUSÃO

A Síndrome Dolorosa Complexa Regional tipo 1 (SDCR-1), assim designada atualmente, é uma doença que traz grande angústia, tanto para o paciente que apresenta o quadro de dor crônica e incapacitante como para o médico, pela sua etiologia tão obscura.

REFERÊNCIAS

CORDON, Francisco Carlos Obata; LEMONICA, Lino. Síndrome dolorosa complexa regional: epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, testes diagnósticos e propostas terapêuticas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, p. 618-627, 2002.

OLIVEIRA, Thiago Robis de; ANDRADE, Eritson Márcio Fernandes de. Total spinal anesthesia after stellate ganglion block in complex regional painful syndrome patient: case report. **Revista Dor**, v. 14, n. 2, p. 151-153, 2013.

CASTRO, Anita Perpétua Carvalho de; VASCONCELOS, Lilian Mendes de; NASCIMENTO, Jedson dos Santos. Ácido zoledrônico como tratamento para síndrome dolorosa complexa regional tipo I em adulto: relato de caso. **Rev. dor**, v. 12, n. 1, 2011.

ÁLVARES, Juliana Furtado et al. Síndrome Dolorosa Regional Complexa: atualização. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 19, n. 4, supl. 3, p. S111-S115, 2009.

LAURETTI, Gabriela Rocha; VELOSO, Fabrício dos Santos; MATTOS, Anita Leocádia de. Functional rehabilitation and analgesia with botulinum toxin A in upper limb complex regional pain syndrome type I. **Revista brasileira de anestesiologia**, v. 55, n. 2, p. 207-211, 2005.

GASPAR, Ana Teresa; CASTRO, André; ANTUNES, Filipe. Terapia com caixa de espelhos na síndrome dolorosa regional complexa tipo I. **Acta fisiátrica**, v. 17, n. 3, p. 126-129, 2016.

LIAO, Chun-De et al. Efficacy of noninvasive stellate ganglion blockade performed using physical agent modalities in patients with sympathetic hyperactivity-associated disorders: **A systematic review and meta-analysis**. *PloS one*, v. 11, n. 12, p. e0167476, 2016.

SAMPAIO, Rafael Vieira et al. Distrofia simpaticorreflexa em adolescente: relato de caso e revisão de literatura. **Adolescência e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 35-40, 2010.

HARDEN, R. Norman et al. Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome. **Pain medicine**, v. 8, n. 4, p. 326-331, 2007.