

## Distrofia simpática reflexa: relato de caso

### *Reflex sympathetic dystrophy: case report*

Caio Willer Brito Gonçalves,<sup>1</sup> Clara Beatriz Marrafon,<sup>1</sup> Karine Lima Carolino,<sup>1</sup> Maria Isabel Soares Cavalcante,<sup>1</sup> Andreia Kássia Lemos de Brito,<sup>2</sup> Helioenai Santos Costa<sup>1</sup>

#### RESUMO

A distrofia simpática reflexa é uma condição rara, caracterizada por afecções dolorosas contínuas e incapacitantes. O presente estudo descreve os dados clínicos de um paciente do sexo masculino, 37 anos, que, na infância, após sofrer um trauma no membro inferior, apresentou dores contínuas, de alta intensidade e de caráter progressivo. Foram 20 anos sem diagnóstico e tratamento, ocasionando irradiação dos sintomas para todos os membros, dificuldade na deambulação e exacerbações semanais. Durante o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, foi identificado um paciente acamado, obeso, com dores neuropáticas, depressivo, com diminuição da massa e força muscular, dependente de auxílio para realização de suas necessidades fisiológicas. Foi implementado um plano terapêutico, com medicações de uso contínuo e uma abordagem multiprofissional, com sessões voltadas à melhora funcional, nutricional e psicológica do paciente. Após o acompanhamento, houve melhora significativa do seu quadro clínico e, conseqüentemente, da qualidade de vida. Por se tratar de uma doença pouco compreendida e de difícil diagnóstico, torna-se importante relatar o caso para a melhor compreensão dos profissionais da saúde.

**Palavras-chave:** distrofia simpática reflexa; dor; equipe de assistência ao paciente.

#### ABSTRACT

Reflex sympathetic dystrophy is a rare condition characterized by continuous painful, and disabling symptoms. The present study describes the clinical data of a 37-year-old male patient who, in childhood, after trauma to the lower limb, presented with continuous, high-intensity and progressive pain. It took 20 years without diagnosis and treatment, causing symptoms to radiate to all limbs, difficulty walking and weekly exacerbations. During monitoring by a multidisciplinary team, a patient was found to be bedridden, obese, with neuropathic pain, depressed, with decreased muscle mass and strength and dependent on assistance to meet his physiological needs. After follow-up, there was a significant improvement in his clinical condition and, consequently, in his quality of life. Considering that the disease is poorly understood and difficult to diagnose, it is important to report the case for a better understanding by healthcare professionals.

**Keywords:** reflex sympathetic dystrophy; pain; patient care team.

#### INTRODUÇÃO

A Distrofia Simpática Reflexa (DSR) é considerada uma condição clínica rara, com fisiopatologia idiopática e etiologia provavelmente multifatorial, resultada de traumas, fraturas, infecções, reações inflamatórias, vasculares e metabólicas. Geralmente com acometimento de um dos membros superiores ou inferiores, constituída por um complexo de afecções dolorosas associadas a alterações motoras, sensitivas e autonômicas, que acometem o organismo sem gerar lesão nervosa.<sup>1,2</sup>

Classifica-se em fases que podem evoluir, no entanto não

é uma regra, pois muitos fatores podem interferir nas manifestações. São elas: aguda, distrófica e atrófica.

A fase aguda surge a partir dos primeiros dias do episódio desencadeador até três meses após, quando se observa dor constante, que aumenta com estímulos estressores e por alterações neurovegetativas. A fase distrófica desenvolve-se entre três e seis meses, mantém-se com hiperalgesia e hiperestesia, alterações neurovegetativas mais intensas, sinais incipientes de distrofia e limitação da mobilidade. A fase atrófica normal-

<sup>1</sup> Universidade de Gurupi (UnirG) – Gurupi (TO), Brasil.

<sup>2</sup> Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins – Palmas (TO), Brasil.

Autor correspondente: Caio Willer Brito Gonçalves

UnirG, Avenida Rio de Janeiro, Ruas 9 e 10, CEP.: 77435-100 – Gurupi (TO), Brasil.

E-mail: caiowillerb@gmail.com

Recebido em 03/01/2024 – Aceito para publicação em 18/09/2024.



mente desenrola-se após o sexto mês, a dor pode diminuir ou desaparecer e prevalece o quadro de atrofia e limitação funcional dos membros, além de osteoporose e osteoartrite.<sup>1-3</sup>

O presente estudo tem por objetivo descrever um paciente diagnosticado com DSR, apresentando dados clínicos, terapêuticos e sua evolução após intervenções multiprofissionais. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Gurupi (UnirG), com o parecer nº 6.088.086 e o CAAE nº 69440523.3.0000.5518.

O participante do estudo assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados através de rigorosa revisão do prontuário, analisando-se todo o período de internação do paciente e complementados com anamnese e exames físicos.

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 37 anos, estado civil divorciado, aposentado por invalidez, com escolaridade de ensino médio completo. O paciente, aos oito anos de idade, após queda com trauma contuso e sem fraturas no pé direito, começou a apresentar dores constantes de moderada intensidade na região, e após algumas semanas ocorreu irradiação para todo o membro inferior direito (MID).

Aos 12 anos de idade, e ainda sem diagnóstico, em uma crise desesperadora de dor de alta intensidade em MID, lesionou-se com uma tesoura na tentativa de investigar a causa, no entanto isso evoluiu para uma infecção, agravando ainda mais o quadro. Desde então, houve piora e dificuldade na deambulação; aos 19 anos já se locomovia com muita dificuldade e apenas após usos diários de anti-inflamatórios (AINEs) e analgésicos. Após um tempo exercendo atividade laboral como garçom, ocasionou uma piora na deambulação e irradiação de dores contínuas para todos os membros, necessitando do uso de bengalas.

Por causa da condição financeira, precisou dar continuidade ao trabalho, ocasionando exacerbações semanais em que precisava ser levado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para realização de medicações intramusculares, endovenosas e bloqueios simpáticos.

Desde o início dos sintomas, o paciente foi acompanhado por ortopedistas, neurologistas, reumatologistas e psiquiatras. Realizou eletroneuromiografias dos membros inferiores (MMII) e ressonância magnética (RM) de MMII, coluna lombar, torácica, cervical e de crânio, cujos laudos não conseguiram auxiliar no diagnóstico efetivo da causa das dores contínuas mesmo em repouso.

Apenas em 2019, após acompanhamento com a equipe de neurologistas do Hospital Geral de Palmas, por exclusão, chegou-se ao diagnóstico efetivo de DSR. Foram, então, prescritas medicações contínuas para dor: pregabalina 150 mg, 1 comprimido a cada 8 horas; duloxetina 60 mg, 1 comprimido ao dia; e tramadol 100 mg, se necessário, em caso de exacerbação das dores. Nesse período, o paciente referiu melhora parcial com o uso das medicações; no entanto, ao movimento, toque ou exposição ao frio nos membros inferiores (MMII), apresentava agravamento, com ocorrência de cianose, edema e sudorese nos membros.

Após 12 meses, foram feitas mudanças na terapêutica, com a suspensão do tramadol e da pregabalina, e iniciada a metadona 10 mg (2 comprimidos a cada 8 horas); a gabapentina 300 mg (1 comprimido a cada 12 horas); e a morfina 30 mg, se necessário, em caso de exacerbações. Desde o uso dessas medicações até dezembro de 2023, ocorreu estabilização da intensidade das dores e leve melhora em repouso, sem a presença de agentes estressores.

Em 2022, após mudança de território, o paciente ficou sob responsabilidade de uma nova equipe de estratégia de saúde da família, quando foi elaborado e implementado um novo plano terapêutico com ênfase em prevenção quaternária. Em avaliações ocorridas por meio de visitas domiciliares com uma equipe multidisciplinar, encontrou-se um paciente acamado, obeso, com diminuição da massa muscular dos membros, e com necessidade de auxílio para realização de suas necessidades fisiológicas.

O paciente apresentava dores neuropáticas contínuas em membros superiores e inferiores, com agravamento após estímulos mecânicos ou térmicos; cefaleia frontal após longos períodos de uso de celular e notebook; bruxismo com perda óssea dos dentes; eliminações fisiológicas totalmente prejudicadas, com diurese apenas com sonda de alívio, procedimento realizado pelo próprio paciente; evacuações com frequência de uma vez por semana; alimentação à base de carboidratos, frituras, chocolates, refrigerantes e ingestão hídrica inadequada.

Em relação à saúde mental no período, encontrava-se há três meses divorciado, com contato com os filhos aos feriados e alguns fins de semana. Relatou não possuir nenhuma atividade social e gostar de ficar isolado. Atualmente, devido ao divórcio, vive com a mãe, que presta toda assistência necessária. Apresenta episódios depressivos diários, ansiedade e ideação suicida; refere ter realizado duas tentativas de suicídio com ferimento por arma branca, sendo internado no hospital de referência do município.

Foram analisados seus antecedentes familiares, e o paciente é o único com essa síndrome, conforme exames complementares.

Ao exame físico, na primeira visita domiciliar, apresentava-se hipocorado, afebril, com pele visivelmente ressecada, turgor normal, eupneico e normotenso. Temperatura axilar de 36,3°C, pressão arterial de 110 x 80 mmHg, glicemia capilar de 105 mg/dL. Desde então, solicitou-se uma equipe multidisciplinar, por meio do serviço de atenção domiciliar e da equipe da Estratégia de Saúde da Família, para realizar avaliações periódicas semanais do paciente. A equipe foi composta por médico, enfermeiros, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista e odontólogo, responsáveis pelo acompanhamento e pelas prescrições relacionadas às comorbidades e ao estado atual do paciente, com as condutas apresentadas nos quadros 1 e 2.

Logo após o acompanhamento multidisciplinar, o paciente apresentou melhora significativa da força e massa muscular, com progresso nas atividades diárias pessoais. Negou ideação suicida e insônia; apresentou diminuição do peso corporal, com melhora na ingestão hídrica e alimentar. Não houve aparecimento de outras comorbidades; as afecções já existentes não se agravaram. Durante todo o período do estudo, o paciente não apresentou exacerbações das dores após o uso contínuo das medicações.



Quadro 1. Diagnósticos da equipe multidisciplinar.

DIAGNÓSTICOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	FATOR RELACIONADO
Estilo de vida sedentário	Falta de condicionamento físico	Interesse insuficiente em atividades físicas
Deglutição prejudicada	Bruxismo, dor epigástrica, regurgitação, azia.	Defeito anatômico adquirido. Doença do refluxo esofágico.
Volume de líquido deficiente	Pele ressecada	Ingestão de líquido insuficiente; condições associadas aos agentes farmacêuticos; desvios que afetam a ingestão de líquidos.
Eliminação urinária prejudicada	Disúria	Múltiplas causas
Constipação	Esforço para evacuar	Depressão, desidratação, hábitos alimentares inadequados, ingestão de fibras e líquidos insuficiente, média de atividade física inferior para idade e sexo, motilidade gastrointestinal diminuída, transtorno emocional.
Insônia	Estado de saúde comprometido	Desconforto físico
Deambulação prejudicada	Capacidade prejudicada de andar	Dor
Capacidade prejudicada de levantar-se	Capacidade prejudicada de adaptação de um ou ambos os membros inferiores sobre superfícies irregulares. Capacidade prejudicada de flexionar um ou ambos os joelhos.	Dor
Mobilidade física prejudicada	Redução na amplitude dos movimentos	Dor, rigidez articular.
Risco de síndrome do desuso	Dor	Imobilidade mecânica
Perfusão tissular periférica ineficaz	Alteração em característica da pele e edema	Estilo de vida sedentário
Desesperança	Envolvimento inadequado do cuidado	Isolamento social
Paternidade prejudicada	Incapacidade percebida de satisfazer as necessidades das crianças. Deficiente interação entre mãe, pai e filho.	Depressão
Risco de lesão por pressão	Atrito em superfície. Pele ressecada.	Ingesta hídrica inadequada
Dor crônica	Alteração da capacidade de continuar atividades prévias. Expressão facial de dor.	Isolamento social



## Quadro 2. Prescrições médicas.

PRESCRIÇÕES MÉDICAS	POSOLOGIA
Gabapentina 300 mg	12/12 horas
Duloxetina 60 mg	1 vez ao dia, uso contínuo.
Metadona 10 mg	8/8 horas
Pantoprazol 40 mg	1 vez ao dia, uso contínuo.
Clonazepam 2 mg	1 vez à noite, uso contínuo.
Dipirona 1 grama	Se dor de cabeça, de 6/6 horas.
Morfina 30 mg	Se necessário, com dor muito forte, dose única.
Fisioterapia motora e terapia psicológica	Duas vezes por semana
Avaliação das eliminações fisiológicas e quantificação da diurese	Diariamente
Solicitação de exames laboratoriais	Mensalmente
Avaliação nutricional e de ingesta hídrica	Semanalmente
Realizar passagem de SVD e monitorar fluxo urinário	Se necessário
Atentar aos sinais de alteração das comorbidades atuais ou presença de novas afecções	Diariamente
Assegurar que o paciente receba os cuidados adequados de analgesia	Diariamente
Administrar medicamentos prescritos	Diariamente

## DISCUSSÃO

A DSR possui poucos dados de sua prevalência na população em geral. Algumas literaturas apresentam dados de sua incidência com valores que variam em torno de 5,46% a cada 100.000 pessoas ao ano nos EUA e 26,2% na Europa. As mulheres são 3,4% mais acometidas que os homens, e apesar de haver casos na população pediátrica, os sintomas predominam na idade adulta, com diagnósticos efetivos na população acima dos 45 anos.<sup>2,4</sup>

A etiologia e a fisiopatologia da DSR ainda representam um paradigma. No entanto, sabe-se que a condição pode ser desencadeada por história prévia de algum agente estressor, como traumas em membros, infecções, fraturas ósseas, processos inflamatórios locais, procedimentos invasivos, períodos de imobilidade por lesão cerebral ou lesão medular vertebral. Fatores genéticos e psicológicos também podem estar associados ao seu desenvolvimento.<sup>4,5</sup>

Neste estudo, foi observado como lesão inicial o trauma em MID ainda na infância do paciente, porém houve na adolescência dois processos agressores através da lesão pela trossura e infecção, que podem ter sido estimulantes no agravamento do quadro.

Em relação aos mecanismos fisiopatológicos, estudos afirmam que, após um evento agressor etiológico tecidual, ocorre a liberação de citocinas inflamatórias (IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-6, TNF $\alpha$  e neuropeptídeos) e a redução de citocinas anti-inflamatórias (IL-10). Dessa forma, ocorre um agravamento dos mecanismos fisiológicos de estimulação dos receptores dolorosos, com maximização da sensibilização periférica. Após uma lesão inicial, esse processo pode estar associado a outros mecanismos, como uma hiperatividade exacerbada da função simpática e catecolaminérgica, tanto em intensidade quanto em extensão, resultando em alterações de todos os padrões nociceptivos. Além disso, podem ocorrer alterações na vascularização local, acompanhadas de possíveis al-

terações atroficas na pele e nos músculos.<sup>5-7</sup>

Nesse estudo de caso, foi observada, desde a infância até a idade adulta do paciente, uma evolução entre as possíveis três fases da doença, através da piora progressiva na intensidade das dores neuropáticas (DN), na deambulação, no estado muscular, nutricional, psicológico e nas eliminações fisiológicas. Essa piora pode estar relacionada à demora no diagnóstico, tratamento e acompanhamento multidisciplinar adequados.

De acordo com as literaturas, após o evento agressor inicial, é desencadeado o aparecimento de dor neuropática (DN), que pode ser contínua ou estimulada por hiperalgesia, alodínia, hiperestesia e disestesia. Essa condição está associada à incapacidade funcional dos membros, com prejuízos articulares e musculares, podendo também estar relacionada a alterações na pele e nos fâneros.<sup>7,8</sup>

As três fases podem evoluir, embora isso não seja uma regra para todos os casos, começando pela fase aguda, que se manifesta logo após a lesão inicial e pode durar até três meses, com predomínio de dor e dificuldade de movimentação do membro acometido. Em seguida, ocorre a fase distrófica, que se estende de três a seis meses e é caracterizada por prejuízo funcional e muscular do membro lesionado, alterações dermatológicas e sinais radiológicos de desmineralização óssea. Após seis meses, observa-se a fase atrofica, com incapacidade total do membro; dores de difícil controle e de caráter contínuo; exacerbações frequentes das dores (em casos de falha no tratamento); atrofia de pele, fâneros e músculos; incapacidade funcional para as atividades pessoais; graves alterações de desmineralização óssea; e início de processos psicológicos, que podem agravar o quadro do paciente.<sup>7,8</sup>

Sabe-se que, embora o diagnóstico seja clínico, exames complementares, como eletroneuromiografia, RM e radiografias, são essenciais para excluir diagnósticos diferenciais, como lesões neurológicas, ósseas, neoplásicas e artropatias.



Dessa forma, é possível alcançar clinicamente o diagnóstico definitivo dessa rara doença.<sup>7,8</sup>

O paciente em estudo passou por avaliações periódicas por alguns especialistas, até que em 2019, aos 33 anos de idade, em um serviço de neurologia, e após minuciosa anamnese e exame físico, foi proposto um diagnóstico de DSR com base nos critérios de Budapeste. Esses critérios incluem dor contínua, desproporcional em relação à lesão inicial, sem nenhum outro diagnóstico que justifique as manifestações clínicas. Além disso, é necessário que o paciente apresente pelo menos um sintoma em três das quatro categorias, e um sinal em duas delas.<sup>9</sup>

Em 2022, com um diagnóstico efetivo, uma nova equipe da Estratégia de Saúde da Família assumiu a responsabilidade pelo caso do paciente. Com o apoio de uma equipe multidisciplinar, tem sido possível alcançar resultados favoráveis em melhoras pontuais.

O primeiro passo foi estabelecer uma conversa franca sobre a educação em saúde, abordando os sinais e sintomas do paciente, os planos terapêuticos propostos e os benefícios e possíveis desafios desse plano; foi esclarecido que o principal objetivo a longo prazo seria promover a melhora em diversos aspectos da sua saúde física, mental, familiar e social. Dessa forma, a relação entre a equipe de saúde e o paciente tornou-se baseada em confiança e responsabilidade.

A abordagem para cada paciente deve ser individualizada, incluindo tratamento medicamentoso, fisioterápico, psicológico e nutricional, com o objetivo de proporcionar a melhor qualidade de vida possível e alcançar prognósticos positivos.

A intervenção medicamentosa tem por objetivo a melhora das dores para um possível retorno da funcionalidade do membro acometido. Em casos de dor aguda, podem ser utilizados dipirona, paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), analgésicos opioides ou corticoides. Contudo, é importante observar que o uso de doses elevadas e frequências aumentadas dessas medicações podem levar ao desenvolvimento de efeitos colaterais.<sup>2,6</sup>

O paciente, ao longo de sua adolescência e fase adulta, fez uso abusivo de analgésicos e AINEs, contribuindo para lesões renais, hepáticas e quadro de esofagite, além de necessidade de medicações com maior efeito analgésico. Atualmente, encontra-se em uso contínuo de metadona; nas exacerbações, após algum estímulo mecânico ou térmico, faz uso de morfina.

Nos casos de DN, estudos apontam que a gabapentina, em doses de 600 mg a 800 mg, apresenta melhores resultados na redução da intensidade e agravamento da dor. No entanto, existem outras opções, como a pregabalina, antidepressivos tricíclicos (amitriptilina 10 mg - 25 mg/dia), inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina (duloxetina 30 mg - 60 mg/dia, venlafaxina 75 mg - 150 mg), anticonvulsivantes (carbamazepina, lamotrigina, ácido valproico, topiramato) e bloqueios simpáticos (lidocaína 5%), em casos de exacerbações.<sup>1,2,6,9</sup>

Sabe-se que podem ser feitas associações, como no caso atual, em que são utilizados gabapentina 600 mg e duloxetina 60 mg, resultando em melhora e estabilização da intensidade das dores até o período final deste estudo.

O tratamento proposto pela fisioterapia tem por objetivo

a melhora da força e massa muscular, que associada a um tratamento multidisciplinar pode promover melhorias na dor e na movimentação do membro acometido, sempre respeitando os limites do paciente, com o intuito de reduzir as exacerbações das dores.

Existem variadas abordagens, como a movimentação ativa e ativa assistida, treino de habilidades funcionais, mobilização articular, fortalecimento muscular, massoterapia, entre outras técnicas que possibilitam melhorias funcionais ao paciente.<sup>2,10</sup>

Outra situação são as alterações psicológicas, que podem estar relacionadas ao desenvolvimento ou gatilhos para o agravamento das dores. Assim, é essencial uma abordagem psicoterapêutica no cuidado multidisciplinar desses pacientes, por meio de terapias comportamentais e estratégias de controle da depressão, ansiedade, transtorno do pânico, fobia social e ideação suicida, objetivando melhorias nos aspectos psicológicos e nos quadros algícos.<sup>2</sup>

Em 2022, o paciente também apresentou resistência na abordagem multiprofissional com psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e equipe de enfermagem, uma vez que se apresentava desanimado, desesperançoso e com ideação suicida. Por essa razão, o plano terapêutico foi reformulado, de modo que a frequência das visitas domiciliares foram intensificadas e envolveram os diversos membros da equipe multiprofissional, cujo objetivo inicial era proporcionar ao paciente suporte emocional, resgatar a esperança, a vontade de viver e a confiança na equipe que o assistia.

A estratégia utilizada foi a de estabelecer um diálogo descontraído e, na primeira oportunidade, inserir os assuntos relacionados a sua patologia, tratamento e prognóstico, enfatizando o papel de cada profissional no plano terapêutico e a importância de buscar melhorias na qualidade de vida ao aderir às abordagens de tratamento.

O desfecho dessa estratégia foi a redução da resistência do tratamento multidisciplinar, maior confiança do paciente na equipe que o acompanhava, adesão às sessões de psicoterapia e fisioterapia, ao plano alimentar implementado pela nutricionista e ao plano de cuidados e orientações da equipe de enfermagem, médicos e odontólogo.

## CONCLUSÃO

A proposta resultou em melhora significativa do quadro clínico e da qualidade de vida do paciente. É importante enfatizar que a otimização dos recursos disponíveis foi indispensável para transformar a sua realidade.

Este estudo proporciona à comunidade acadêmica e à sociedade maior conhecimento sobre essa patologia e sobre a atuação multiprofissional devido ao número reduzido de casos relatados. Ressalta-se a necessidade de estudos mais recentes e abrangentes sobre sua patogênese, por se tratar de uma doença pouco conhecida e de difícil diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

1. Aguiar PH, Camporeze B, Zapelini C, Fujiki RHM, Rodriguez JW, Aguiar PHS, Motta GCA. Updates in complex regional pain syndrome. *JBNC J Bras Neurocir.* 2019;30:211-22. doi:10.22290/jbnc.v30i3.1842.



2. Boaventura MASSB, Figueira PJ, Silva VB, Marques E, Branco P.S. Síndrome dolorosa regional complexa do tipo I – da prevenção ao tratamento. *Port J Orthop Traumatol*. 2018;26:30-42.
3. Brehm TE. Tratamento conservador no modelo animal da síndrome da dor complexa regional tipo I: uma revisão sistemática [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2022.
4. Moussa L, Santos CA, Cordeiro DF, Gonçalves GL. Intervenção fisioterapêutica na síndrome dolorosa complexa regional: uma revisão de literatura. *Linkscienceplace*. 2017; 3:61-73. doi: 10.17115/2358-8411/v3n2a5.
5. Mishra D, Chattopadhyay A, Kavanal AJ, Kumar R, Sharma SK. Complex regional pain syndrome. *Mediterranean J Rheumatol*. 2021;32:174-5. doi: 10.31138/mjr.32.2.174.
6. Goh EL, Chidambaram S, Ma D. Complex regional pain syndrome: a recent update. *Burns Trauma*. 2017;5:2. doi: 10.1186/s41038-016-0066-4.
7. Sobeih MG, Hassan KA, Silva AG, Youssef EF, Fayaz NA, Mohammed MM. Pain mechanisms in complex regional pain syndrome: a systematic review and meta-analysis of quantitative sensory testing outcomes. *J Orthop Surg Res*. 2023;18:1-42. doi: 10.1186/s13018-022-03461-2.
8. Shim H, Rose J, Halle S, Shekane P. Complex regional pain syndrome: a narrative review for the practising clinician. *Br J Anaesth*. 2019;123(2):e424-e33. doi: 10.1016/j.bja.2019.03.030.
9. Bortagaray S, Meulman TFG, Rossoni Junior H, Perinetti T. Methods of diagnosis and treatment of complex regional pain syndrome: an integrative literature review. *BrJP*. 2019;2(4):362-7. doi: 10.5935/2595-0118.20190066.
10. Cruz AV, Santos FA, Santos CA, Dias BMC. Protocolo de reabilitação em pacientes com síndrome dolorosa complexa regional tipo i na região da mão. *Diálogos Interdisc*. 2023;12:165-77.

Como citar este artigo:

Gonçalves CWB, Marrafon CB, Carolino KL, Cavalcante MIS, Brito AKL, Costa HS. Distrofia simpática reflexa: relato de caso. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2024;26:e65087. doi: 10.23925/1984-1840.2024v26a32.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.