

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2003;18:70-72

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente de 42 años de edad con antecedente de osteosarcoma diafisometafisario proximal de fémur izquierdo, remitido desde la Unidad de Tumores del Servicio de COT del Hospital, como interconsulta a la Unidad del Dolor para valorar su inclusión en el protocolo de profilaxis del síndrome de miembro fantasma, ante la indicación de cirugía de desarticulación de cadera izquierda en el plazo de 2-3 semanas.

En la anamnesis dirigida a valorar el dolor del paciente destacaba la existencia de:

- Dolor, que el paciente refería a nivel del muslo izquierdo, que había disminuido en los dos últimos meses a raíz de haberse instaurado el tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

- Dolor referido a la pantorrilla izquierda y planta del pie, de predominio nocturno, que había aparecido en el último mes y que no mejoró con el tratamiento instaurado, y que en las dos últimas semanas se acompañaba de parestesias en el pie y sensación de pérdida de fuerza que se ponía de

manifiesto sobre todo al subir escaleras y al intentar ponerse de puntillas sobre el pie izquierdo. VAS: 7.

En la exploración se evidenció la existencia de una tumoración de consistencia dura con piel adherida, a nivel del tercio distal del muslo izquierdo, poco dolorosa a la palpación y edema en calcetín a nivel del pie izquierdo. No se valoraron trastornos sensitivos en pierna a pesar de que durante la palpación superficial se apreciaron disestesias en la planta del pie y los dedos. El reflejo cutáneo plantar no se obtuvo y se objetivó la pérdida de fuerza en tríceps y flexores de los dedos.

Las exploraciones de diagnóstico por imagen que aportaba el paciente eran diagnósticas de tumoración maligna extracompartimental del tercio medio y proximal del fémur. Se hallaban afectados los compartimentos posterior y medial del muslo así como el compartimento vasculonervioso femoral y el tronco ciático.

El estado general del paciente era estable a pesar de que el dolor nocturno le impedía conciliar el sueño durante períodos de más de 2 o 3 horas.

A su ingreso en nuestra Unidad, se instauró el tratamiento de profilaxis de dolor neuropático tipo síndrome de miembro fantasma, consistente en amitriptilina 25 mg/noche, gabapentina 400 mg/día con pauta de aumento de 400 mg cada tres días hasta 1.600 mg/día. Se añadió tramadol 150 mg/día ya que el paciente presentaba un VAS de 7.

En el momento del ingreso en el Servicio de COT para ser intervenido el paciente había mejorado del dolor, con un VAS de 3-4.

El día de la operación se le colocó un catéter epidural lumbar por el que, una vez finalizada la misma, se instiló bupivacaína al 0,125% y fentanilo en bomba de perfusión continua. Este tratamiento se mantuvo durante los siete días siguientes a la intervención quirúrgica, con una disminución de las



Figura 1. Desarticulación y resección pélvica transilíaca izquierda. Radiografía de control.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

dosis de una forma progresiva. En el postoperatorio inmediato se instauró tratamiento con el protocolo habitual a base de metamizol 2 g/8 horas endovenoso, alterno con propacetamol 2 g/8 horas endovenoso, durante tres días.

A las 16 horas de la operación, en la Unidad de Cuidados Intensivos, a través de sonda nasogástrica se instauró tratamiento con gabapentina a dosis de 400 mg/8 horas. A las 48 horas, cuando el paciente inició la ingesta oral se asoció tratamiento con amitriptilina a dosis de 25 mg/noche.

Al 5º día se aumentó la dosis de gabapentina a 1.600 mg/día.

Al 7º día se retiró el catéter epidural y se añadió a gabapentina y amitriptilina, tramadol a dosis de 50 mg/8 horas. En este momento se aumentó gabapentina a 2.000 mg/día.

La valoración por los miembros de la Unidad del Dolor fue de VAS: 3 y ligera sensación de miembro fantasma, inconstante, con buena tolerancia.

CASO 2

Paciente de 62 años de edad sin antecedentes médicos de interés que ingresó con carácter de emergencia en el Servicio de Urgencias de COT de nuestro Hospital tras sufrir desarticulación traumática por motosierra a nivel del hombro derecho. Tras ser intervenido quirúrgicamente, fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos donde permaneció intubado y bajo sedación profunda durante 5 días. Por inestabilidad hemodinámica grave, el paciente permaneció en esa Unidad durante tres semanas más. Una vez trasladado a la planta de hospitalización de COT, nos fue remitido como interconsulta a la Unidad del Dolor para valorar su inclusión en el protocolo de tratamiento del síndrome de miembro fantasma.

En la anamnesis dirigida a valorar el dolor del paciente destacaba la existencia de:

– Dolor muy intenso con sensación permanente de miembro fantasma, con graves parestesias que le impedían conciliar el sueño desde hacía varios días. Se acompañaba de un cuadro de ansiedad y depresión. La analgesia pauta hasta aquel momento, en base a AINE se mostraba inoperante. VAS: 9-10.

A su ingreso en nuestra Unidad se instauró el tratamiento de profilaxis de dolor neuropático tipo síndrome de miembro fantasma, consistente en

A los 10 días, por presentar aumento de sensación de miembro fantasma la gabapentina se aumentó a 2.400 mg/día.

El paciente permaneció ingresado durante un mes, manteniendo un excelente control del dolor.

En las visitas posteriores a la Unidad, se mantuvo esta última pauta durante 4 meses. A partir de ese momento, se inició la reducción progresiva de tramadol hasta 100 mg/día y gabapentina hasta 1.600 mg/día. A los 5 meses se suspendió el tramadol y se redujo gabapentina hasta 1.200 mg, dosis que mantiene el paciente en el momento actual, asociado a amitriptilina, 25 mg/día, a los 8 meses de la operación. En este momento, el paciente está siguiendo tratamiento quimioterápico relativamente bien tolerado y está libre de metástasis. El VAS es de 2-3, sin necesidad de analgésicos complementarios, duerme bien y no ha tenido crisis de miembro fantasma en los tres últimos meses.

amitriptilina 25 mg/noche, gabapentina 400 mg/día con pauta de aumento de 400 mg/día hasta 1.600 mg/día. Se asoció morfina oral 10 mg/8 horas y clonazepam 0,5 mg/noche.



Figura 2. Desarticulación traumática de la extremidad superior derecha. Radiología postoperatoria.

Al 5º día, con un VAS de 7, se aumentó la dosis de gabapentina a 2.000 mg/día y la de morfina a 50 mg/día, manteniéndose el resto igual.

Dada la persistencia del dolor de miembro fantasma se aumentó al octavo día la dosis de gabapentina a 2.400 mg/día.

La valoración por los miembros de la Unidad del Dolor al día 12 fue de VAS: 5 con una gran mejoría del cuadro ansioso y depresivo y del descanso nocturno, con persistencia de la sensación de miembro fantasma, inconstante, y con mejor tolerancia.

A los 15 días, por presentar aumento de sensación de miembro fantasma la gabapentina se aumentó a 3.200 mg/día. Esta pauta se mantuvo durante 15 días pasados los cuales se pasó de nuevo a la dosis de 2.400 mg/día.

Al mes de iniciado el tratamiento, se fue disminuyendo progresivamente la dosis de morfina oral manteniendo el resto de los fármacos.

El paciente permaneció ingresado durante un total de dos meses, manteniendo una progresiva mejoría del control del dolor.

Al alta hospitalaria, VAS: 4, la pauta prescrita fue de amitriptilina 25 mg/día, gabapentina 2.400 mg/día, morfina oral 30 mg/día y clonazepam 0,5 mg/día.

En las visitas posteriores a la Unidad, se mantuvo la última pauta durante 3 meses.

A partir de ese momento, se inició la reducción progresiva de morfina hasta suprimirla en tres meses. Gabapentina se redujo hasta 1.600 mg/día y amitriptilina a dosis de 10 mg/día. Este tratamiento se mantuvo durante 12 meses. Posteriormente, se mantuvo tan sólo gabapentina a dosis de 800 mg/día, tratamiento con el que continúa a los dos años de la desarticulación, por presentar aún ligeros y esporádicos episodios de sensación no dolorosa de miembro fantasma.

DISCUSIÓN

La sensación de miembro fantasma fue descrita por primera vez en 1551 por A. Paré, cirujano militar francés. El concepto de dolor de miembro fantasma fue descrito por primera vez por Mitchell en el año 1872, que publicó un estudio a largo plazo sobre los amputados de la guerra civil. El dolor de miembro fantasma fue inmortalizado en la literatura por Herman Melville en la obra *Moby Dick*.

La sensación de miembro fantasma se puede apreciar en cualquier apéndice del cuerpo, pero ocurre con más frecuencia después de la amputación tanto traumática como terapéutica de las extremidades.

Debemos diferenciar tres tipos de percepciones que pueden surgir después de una amputación:

1. Miembro fantasma: es una sensación referente a la extremidad amputada, pero sin dolor.

2. Dolor del muñón de amputación: es un dolor que puede aparecer de forma difusa o bien localizada y que se centra en el lugar de la amputación y que está relacionado con la formación de un neuroma postamputación. También aparece en muchas ocasiones cuando se coloca la ortesis, por el roce mecánico en el muñón.

3. **Dolor de miembro fantasma**: es la sensación dolorosa que se percibe en la parte amputada de la extremidad, referida al miembro perdido.

La incidencia de aparición del **dolor de miembro fantasma** según datos recientes es del 65 - 85% de los amputados en períodos de 12 a 15 horas diarias, a pesar de que se han generalizado pautas de tratamiento para minimizarlo durante períodos entre seis y veinticuatro meses a partir de la amputación o desarticulación. El dolor, su aparición y su duración empeoran más cuanto más proximal sea la amputación.

En cuanto al tratamiento, todos los autores recomiendan iniciarlo lo antes posible, habiendo experiencias que avalan la eficacia de iniciarlo previo a la amputación en los casos de cirugía programada, fundamentalmente en el tratamiento del cáncer de diversas etiologías en las extremidades.

En nuestra Unidad del Dolor el **protocolo** que definimos como **de profilaxis** de dolor del miembro fantasma, se basa en iniciar farmacoterapia una semana antes de la amputación mediante antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) y antiepilépticos (gabapentina). El día de la operación se coloca un catéter supraclavicular o epidural que se mantiene durante 7 días para la instilación de anestésico local y fentanilo. A las 24 horas de la operación se reinicia el tratamiento farmacológico con antidepresivos tricíclicos y antiepilépticos y se ajusta el tratamiento analgésico mediante opioides.