

«A pesar de la amputación, el pie me sigue doliendo»: el dolor del miembro fantasma

M. PRADO RODRÍGUEZ BARBERO

RESUMEN

El dolor es un síntoma que está relacionado con la enfermedad, por lo tanto, es de suponer que en cuanto se hace frente y se soluciona la enfermedad causante éste debe desaparecer o al menos así debería ser, ya que nos podemos encontrar con excepciones como es el caso del síndrome del miembro fantasma.

El dolor del miembro fantasma es un malestar que suelen sufrir los pacientes que han padecido la experiencia traumática de haberle amputado alguna parte de su cuerpo, de tal manera que, a pesar de la inexistencia del miembro que en principio le producía el dolor, éste no sólo no desaparece sino que además su origen sigue siendo el miembro desaparecido. De ahí que nos preguntemos: ¿cuál es el motivo de que aparezca dicha clínica en el individuo si en principio ya se ha actuado frente a él? , ¿cuál es la razón por la que el dolor sólo se pueda enmascarar de manera temporal con el tratamiento que habitualmente se aplica y desaparezca completamente?, ¿existiría alguna manera de prevenir la aparición de este dolor?

Palabras clave: Síndrome del miembro fantasma. Dolor. Amputación.

ABSTRACT

The pain is a symptom that is related to the disease, therefore it is of supposing that in all that it is faced and the causative disease solves this debt to disappear or at least this way it should be, since we can meet exceptions since it is the case of the syndrome of the member ghost.

The pain of the member ghost is a discomfort that there are in the habit of suffering the patients who have suffered the traumatic experience of having amputated some part of his body, in such a way that in spite of the nonexistence of the member who at first was producing the pain to him, this one not only does not disappear but in addition his origin continues being the missing member. Of there that we wonder which is the motive of which the above mentioned clinic appears in the individual if at first already it has been operated opposite to him, which is the reason for which the pain only could mask in a temporary way with the treatment that habitually is applied and to disappear , there would exist some way of anticipating the appearance of this pain. (DOLOR. 2009;24:233-6)

Corresponding author: Montserrat Prado Rodríguez Barbero, chupimonse@hotmail.com

Key words: Syndrome of the member ghost. Pain. Amputation.

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios ya publicados aseguran que cerca del 80% de los individuos que han sufrido la amputación de alguno de sus miembros padecen o han padecido lo que se conoce como dolor fantasma, dolor del miembro amputado. En principio, esta afirmación puede resultar difícil de creer: ¿cómo puede doler un miembro que ya no existe? No es difícil hacerse esta pregunta si antes no te has encontrado con algún paciente que haya sufrido esta enfermedad y que en algún momento dado te haya comentado: «a pesar de la amputación, el pie me sigue doliendo», «vaya hormigueo tengo hoy en el pie (refiriéndose al amputado)», y otros muchos comentarios de este tipo. Esta serie de casos clínicos vividos supuso el inicio de la inmersión sobre el tema del síndrome del miembro fantasma.

DEFINICIÓN

El síndrome del miembro fantasma es la percepción de sensaciones: dolor, hormigueo, calor, etc., de cualquier miembro que ha sido amputado, ya pueda ser una extremidad o incluso un simple diente, percibiendo los individuos que el miembro aún está unido a su cuerpo a pesar de que ya no sea así, de ahí la denominación de miembro fantasma.

ETIOLOGÍA

Existe una gran controversia entre los investigadores a la hora de establecer una causa concreta que sea la originaria de este síndrome, aunque entre ellos se distinguen claramente dos vertientes: de origen periférico o del sistema nervioso central.

Aquellos que defienden la idea de que el dolor tiene un origen periférico¹, procedente bien del muñón o de los nervios periféricos diferenciados, se basan: en los cambios de tensión muscular que sufre el miembro residual (evidentes en una electromiografía), en la posibilidad de que se origine una descarga ectópica a raíz de una neurona que se haya formado en el muñón y en las alteraciones de la temperatura que presenta este miembro, teniendo temperaturas más bajas en comparación con otras personas que no están amputadas (termografía), de tal forma que, según sus investigaciones,

al dilatar los vasos sanguíneos aumenta el flujo y la temperatura del miembro, disminuyendo así el dolor.

En el otro extremo se encuentran los autores que refuerzan la idea de que el origen del dolor del miembro fantasma reside en el sistema nervioso central², cuyo sistema cortical sufre una reorganización de la corteza somatosensorial primaria de las áreas adyacentes a la representación del sitio desaferenciado (zona donde las neuronas no reciben estímulo debido a que el miembro del cual se encargan ha sido amputado), por lo que el área cortical sin función tras la amputación puede ser invadida por las áreas cercanas y así utilizar las sensaciones de otras partes del cuerpo para acentuar las sensaciones del miembro seccionado.

FACTORES DE RIESGO

Como en otras enfermedades, existen factores que aumentan la predisposición del individuo a sufrir el síndrome del miembro fantasma³:

- Dolor de preamputación: si el paciente sufría dolor en el miembro antes de que fuese amputado, es muy probable que sufra dolor fantasma después de ser intervenido.
- La existencia de un coágulo sanguíneo en el miembro amputado, ya que disminuiría el riego sanguíneo de la zona y, por lo tanto, también la temperatura de la zona, provocando un mayor dolor.
- Presencia de infección en el miembro antes de la amputación.
- Daño previo en la médula espinal o en los nervios periféricos que inervaban al miembro afectado.
- Personalidad neurótica a consecuencia del psicotrauma sufrido previo y postamputación. Suelen ser neurosis depresivas, de angustia y de carácter o personalidad.
- Que dispongan de un nivel socioeconómico bajo.

SÍNTOMAS

Aparecen tanto en personas que han sufrido la amputación de un miembro como en personas que nacieron ya sin algún miembro. Los síntomas

que suelen aparecer en el miembro que no existen son³:

- Dolor: es el que con mayor frecuencia aparece, y suele aparecer con distintos grados de intensidad postamputación: al principio suelen ser leves parestesias que no interfieren en la vida diaria, después éstas aumentan de intensidad y ya impiden la realización de ciertas actividades y, por último, las parestesias son más graves y debilitantes para el individuo, llegando a incapacitarlo.
- Placer, calor, ardor, calambres.
- Sensación de un artículo de ropa o joyería.
- Sensación de que el miembro aún está unido al cuerpo y funcionando con total normalidad.

DIAGNÓSTICO

En principio, no existe prueba concluyente que establezca la existencia del dolor fantasma, por ello es muy importante que el paciente le comunique al personal sanitario, ya sean médicos o enfermeras, cualquier tipo de sensación que haya tenido tras la amputación. Esto, junto con la revisión de su historial, los síntomas previos y las circunstancias que rodearon la amputación, permitirá realizar una evaluación rápida para establecer un tratamiento precoz, y así aumentar las posibilidades de éxito.

TRATAMIENTO

Suele ser temporal, ya que la mayoría de los casos se suelen desencadenar en los días postamputación y suelen ser breves. Pero también debemos contar con la existencia de casos en que este dolor se prolonga durante más tiempo.

En muchos casos se utiliza la terapia combinada de varios tratamientos, que incluye el farmacológico y el fisioterápico, aunque también se puede abordar el dolor a través de otros medios que se verán más adelante.

Farmacológico⁴

- Antidepresivos: como su nombre indica, se utilizan sobre todo para tratar la depresión, pero a dosis más bajas también hacen frente al dolor fantasma y a la neurosis depresiva que puede

aparecer. Se utilizan la amitriptilina y la mirtazapina (nombres comerciales Tryptizol® y Rexer®, respectivamente).

- Anticonvulsivos o antiepilépticos: suelen controlar los ataques convulsivos, pero también se utilizan para tratar las contracciones musculares. Algunos de los utilizados son: carbamacepina (Tegretol®), gabapentina (Neurontin®), clonacepam (Rivotril®).
- Psicolépticos: la clorpromazina (Largactil®) es el más utilizado dentro del grupo de los neurolépticos debido al efecto de sedación que provoca y la acción que ejerce sobre los síndromes orgánicos cerebrales que cursan con agitación y ansiedad.
- Opiáceos: considerados como el escalón más elevado dentro de los analgésicos que hacen frente al dolor. Entre ellos: la morfina, la petirina clorhidrato (Dolantina®).
- Relacionado con el aparato cardiovascular: clonidina, alprostadilo (Surgiran®), ambos vasodilatadores que disminuyen el dolor.
- Miorrelajantes: como el baclofeno (Lioresal®), utilizados para tratar el dolor por daño nervioso de origen medular.

Fisioterápico

Existe también gran variedad:

- Estimulación nerviosa eléctrica (electroterapia): su mecanismo de acción consiste en estimular los nervios o las zonas del cerebro que se hayan visto afectados y que sean los causantes del dolor del paciente. Algunos de estos métodos son:
 - Estimulación de la médula ósea: mediante un electrodo se aplica corriente eléctrica a la médula espinal.
 - Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS): pequeña corriente eléctrica a través de la piel hacia puntos del sistema nervioso.
 - Estimulación magnética transcraneal: su alivio es temporal, y consiste en aplicar impulsos magnéticos a través del cuero cabelludo hacia el cerebro.
- Masoterapia: consiste en la aplicación de diferentes técnicas como rozamiento, percusión del tronco nervioso, amasamiento... en el caso de que aparezcan calambres, y desensibilizar el muñón.

- Vibroterapia: consiste en aplicar el ultrasonido que disminuirá el dolor y hará frente a la fibrosis muscular que pueda aparecer.

Otros

- Quirúrgico: simpatectomía regional, consiste en interrumpir mediante una técnica quirúrgica los nervios seleccionados cerca de la médula espinal y que afectan a la percepción del dolor localizado.
- Técnicas de relajación y meditación.
- Ejercicio adaptado según las condiciones de cada paciente.

PREVENCIÓN

No existen estudios concluyentes sobre la manera de prevenir la aparición del dolor fantasma, pero muchos

autores opinan que el administrar medicamentos para el dolor en el momento de la amputación lo puede prevenir; de hecho, no excluyen la posibilidad de que el bloqueo epidural preoperatorio prolongado (1-2 semanas) pueda prevenir el desarrollo del dolor fantasma postamputación⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flor H, Birbaumer N, Sherman RA. Dolor de miembro fantasma. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8:327-31.
2. López A, Pellicer F. Nuevas aproximaciones al problema del miembro fantasma. *Rev Salud Mental*. 2001;24(3):29-34.
3. Alós J. Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular. Un problema multidisciplinar. Barcelona: Glosa; 2008.
4. Caballero J, Cano E, Prieto J, C Serrano, M Serrano y A Vílchez. Tratamiento farmacológico del dolor del miembro fantasma. Presentado en: V Reunión de la Sociedad Española del dolor (SED); 2001 Marzo 1-2; Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.
5. Artículo 2.2. Estudio prospectivo, aleatorizado comparando analgesia epidural preoperatoria y analgesia perineural intraoperatoria para prevención de dolor en muñón y dolor fantasma luego de amputación de miembro inferior. Actualizaciones Bibliográficas en Analgesia Postoperatoria. 2002;2.