

Síndrome de miembro fantasma

La sensación de miembro fantasma fue descrita por primera vez en 1511 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 de Secesión. El dolor de miembro fantasma fue inmortalizado en la literatura por H. Menville en la obra *Moby Dick*.

Las sensaciones del dolor de miembro fantasma (*phantom pain*) han sido descritas clásicamente como percepciones de experiencias individuales que relataban pacientes en los cuales un miembro o un órgano había perdido la relación física con el cuerpo.

El síndrome de miembro fantasma (*phantom limb*) es un término diferente al anteriormente descrito, por cuanto incluye todas las sensaciones excepto el dolor, que acompañan a la ausencia total o parcial de un miembro. Es conocido que los pacientes que han sufrido amputaciones han experimentado, alguna vez en su vida, el síndrome de miembro fantasma, aunque la mayoría no han tenido dolor¹.

La pérdida de un miembro se produce como consecuencia de una amputación o por una deficiencia congénita. El miembro fantasma es la sensación que tiene el paciente amputado de pérdida de un miembro, incluso si se trata de un órgano, como por ejemplo el pulmón, los dientes o un ojo, de forma que se han descrito síndromes fantasma para cada uno de estos órganos o tejidos. Las sensaciones de miembro fantasma pueden ocurrir también después

e incluso si el órgano es trasplantado en otra parte del propio cuerpo.

Más de la mitad de los individuos que han sufrido la experiencia de una amputación han experimentado sensaciones de miembro fantasma en su extremidad amputada, y la mayor parte de estas sensaciones son poco o nada dolorosas².

La pérdida de una extremidad comporta asimismo el acortamiento del miembro en relación con el contralateral, lo cual ocasiona además una distorsión, no necesariamente dolorosa, postural y funcional.

Las sensaciones de miembro fantasma pueden aparecer inmediatamente después de la amputación o de forma tardía, pero el dolor de miembro fantasma suele aparecer en la primera semana postamputación, y habitualmente evoluciona con una reducción tanto de la frecuencia como de las crisis de dolor, pero en ocasiones el dolor puede persistir durante años. Pocos pacientes suelen presentar dolor de forma constante.

El dolor de miembro fantasma se describe habitualmente como quemante o como una sensación extraña que puede ser extremadamente angustiosa para algunos pacientes, aunque la descripción exacta de la misma puede presentar características individuales muy diferentes, con validaciones idiomáticas dispares. Así, por ejemplo, sensaciones frecuentemente descritas como dolorosas son: calor, frío, picores, sensación de opresión, falta de tacto y hormigueos.

Otro aspecto a destacar es que habitualmente los pacientes suelen notar las sensaciones de miembro fantasma de forma más intensa en las partes distales de la extremidad fantasma. Estos fenómenos se pueden producir también después de mastectomías, extirpaciones de órganos, extracciones dentarias y otras.

En los pacientes amputados, además, no son raras las alteraciones psicológicas del tipo del estrés, ansiedad y depresión, relacionadas incluso con los cambios climáticos, que pueden relacionarse con el dolor referido al miembro perdido. Las sensaciones de miembro fantasma también ocurren después de la avulsión de plexo preganglionar o de la lesión de la médula espinal.

Muchos autores apoyan la teoría de que la pérdida de un miembro se relaciona con alteraciones psicológicas que, si se asocian a dolor crónico y trastornos de dependencia, desencadenan problemas biopsicosociales. Así, en los pacientes con síndrome de dolor del miembro fantasma, son frecuentes rigidez, actitudes compulsivas y crisis de autoconfianza³.

Otro aspecto a destacar es que muchos de estos pacientes presentan no sólo dolor en la extremidad amputada, sino también, según el lugar y nivel de la amputación, una gran limitación funcional y una disminución de la calidad de vida.

Así pues, el tratamiento de este síndrome es, en muchas ocasiones, de gran complejidad, y requiere un enfoque multimodal y multidisciplinario que conlleve un alivio satisfactorio del dolor y una mejoría funcional.

En este número monográfico de la revista *Dolor* sobre el «Dolor de miembro fantasma», se analizarán todos los aspectos relacionados con este síndrome, desde la fisiopatología, epidemiología, etiología, aspectos clínicos y las posibles alternativas terapéuticas que podemos instaurar para tratar a estos pacientes, tratamientos farmacológicos, terapias físicas, tratamientos intervencionistas y tratamientos psicológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Trigo J, Blanco T, Ortiz P. Dolor de miembro fantasma. En: Serra Catafau J. Tratado de dolor neuropático. Buenos Aires - Madrid: Panamericana; 2006. p. 413-7.
2. Nikolajsen L, Jensen TS. Phantom limb pain. Br J Anaesthesia. 2001; 87:107-16.
3. Manchikanti L, Singh V. Managing phantom pain. Pain Physician. 2004;7:365-75.

M.^a Victoria Ribera Canudas

Unidad de Dolor
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona