Dolor postamputación en los pacientes vasculares: características clínicas*

C. Setacci - A. Di Massa - L. De Vito - G. Diele

Departamento de Patología Quirúrgica
Departamento de Anestesiología. Universidad de Siena (Italia)

RESUMEN

En base a un estudio llevado a cabo sobre 34 pacientes que sufrieron una amputación desde 1981 a 1987, evaluamos la incidencia de los síndromes post-amputación tales como extremidad fantasma, dolor fantasma y muñón doloroso, analizando sus variaciones durante 6 años.

Los pacientes fueron divididos en 6 grupos de acuerdo con el tiempo transcurrido desde la intervención. Los resultados revelaron una disminución no significativa de la incidencia de síndromes post-amputación, si bien su frecuencia e intensidad mostraron una relativa mejoría.

AUTHORS'S SUMMARY

On the base of a study performed on 34 patients who underwent an amputation since 1981 to 1987, we evaluated the incidence of post-amputation syndromes such as phantom limb, phantom pain, stum pain analyzing their variations during 6 years.

The patients were divided in 6 groups according to the time gone by from the date of operation. The results reveals a not significant decrease of incidence of postamputation syndromes even though their frequency and intensity show a relative improvement.

Introducción

A pesar de que los progresos en Cirugía Vasculat han sido numerosos en estos últimos años, las amputaciones de las extremidades inferiores por arteriopatías isquémicas graves son, todavía, necesarias hoy en día.

Por ello, es muy interesante evaluar los factores que disminuyen la capacidad de los pacientes para satisfacer su vida privada y social después de una intervención tan invalidante como la amputación.

Es bien conocida en muchos pacientes la sensación de presencia de su extremidad perdida (extremidad fantasma), después de la amputación.

Algunas veces, esta sensación se complica con dolor en la extremidad fantasma (dolor fantasma), o en el muñón de amputación (muñón doloroso), que son difíciles de tratar tanto médica como quirúrgicamente.

El dolor da lugar a auténticos síndromes postamputación, deteriorando la vida de los pacientes e influyendo la posibilidad de llevar una prótesis.

Nuestra meta es evaluar la incidencia y características clínicas de la extremidad fantasma no dolorosa, dolor fantasma y muñón doloroso, relacionada con sus cambios en el transcurso del tiempo.

Material y métodos

Desde enero de 1981 a junio de 1987, 124 pacientes, 101 hombres (81,5%) y 23 mujeres (18,5%), edad media 69 años (22-84), fueron amputados, en el Instituto de Patología Quirúrgica de la Universidad de Siena, por isquemia grave o gangrena de las extremidades inferiores. De ellos 64 eran diabéticos (37,1%).

Fue necesario realizar la amputación en 34 pacientes que habían sufrido una reconstrucción arterial previa (27,4%), de ellas 23 fueron «by-pass» y 11 trombectomías.

15 pacientes sufrieron amputación bilateral, por lo que el total de amputaciones llevadas a cabo fueron 139, distribuidas como sigue: 1) 95 amputaciones sobre rodilla (68,3%)

* Traducido del original en inglés por la Redacción.

- 2) 31 amputaciones bajo rodilla (22,3%)
- 3) 13 amputaciones transmetatarsales (9,4%)

Durante el período siguiente a la intervención fue necesario tratar a 30 pacientes (24,2%) a causa del dolor; 26 pacientes (86,7%) fueron tratados mediante un cateter peridural colocado in situ durante algunos días; 4 pacientes (13,3%) requirieron tratamiento farmacológico ocasional.

15 pacientes (12,1%) murieron en el postoperatorio precoz.

A 109 pacientes se les invitó a seguir control de Laboratorio para evaluar:

- 1) Existencia y características de extremidad fantasma no dolorosa.
- 2) Existencia y características de dolor fantasma y muñón doloroso.
- 3) Tiempo transcurrido para llevar la prótesis.

31 pacientes (28,5%) aceptaron la invitación de seguir control de Laboratorio: 26 varones (83,9%), 5 mujeres (16,1%), edad media 67 años (22-84); 14 pacientes eran diabéticos (45,2%); 3 de ellos fueron intervenidos de amputación bilateral. Las intervenciones fueron 23 por encima de rodilla, 9 por debajo de rodilla y 2 amputaciones transmetatarsales; 8 «by-pass» y 4 tromboectomías fueron seguidas de amputación.

Estas 34 amputaciones se dividieron en grupos, según el tiempo transcurrido desde la fecha de la amputación, en la forma siguiente:

- I Grupo**, desde 1 a 12 meses
9 amputaciones
- II Grupo**, desde 13 a 24 meses
8 amputaciones
- III Grupo**, desde 25 a 36 meses
2 amputaciones
- IV Grupo**, desde 37 a 48 meses
6 amputaciones

V Grupo, desde 49 a 60 meses
2 amputaciones

VI Grupo, desde 61 a 72 meses
7 amputaciones

Resultados

De acuerdo con los resultados de nuestro estudio, distinguimos clases de síndromes asociados a cada grupo, con la intención de analizar las variadas sensaciones en el transcurso del tiempo.

Basándonos en nuestros resultados, decidimos analizar estadísticamente la variación de los síndromes, usando el coeficiente de correlación de Sperman.

Los valores del coeficiente de Sperman, computados según el número de grupos vs cantidad de pacientes con sintomatología, fueron como sigue:

- 1) extremidad fantasma:
coeficiente = 0,714
- 2) muñón doloroso:
coeficiente = -0,471
- 3) dolor fantasma
coeficiente = -0,3
siendo el valor crítico = 0,771.

Estos valores no son significativos a nivel del 5%. De acuerdo con ello no hay razón para asumir la hipótesis de una disminución de los síntomas con el paso del tiempo.

En la época de nuestro estudio, sólo 20 pacientes llevaban prótesis. El tiempo medio transcurrido para la prótesis era de 9 meses (rango 2-36). Sólo un paciente no llevaba prótesis a causa de muñón doloroso; los otros no la llevaban debido a:

- 1) Falta de habilidad en la extremidad sana.
- 2) Salud delicada.
- 3) Falta de aceptación psicológica.

Discusión

Nuestro estudio se llevó a cabo para analizar las características de los problemas postamputación, in-

dependientemente de su intensidad. El estudio, según los resultados de otros autores, muestra que los síndromes postamputación, dolorosos o no, son comunes y que muchos pacientes experimentan a veces dificultades para llevar una vida social normal (1). Sin embargo, en lo que a nosotros concierne, sólo indujo a un paciente a rechazar la prótesis.

La extremidad fantasma se produjo en el 82,3% de los pacientes controlados. Su incidencia no experimentó una disminución significativa durante el seguimiento, aunque se observó que la duración y frecuencia de los episodios individuales disminuyó significativamente (2). Un aspecto específico de estos síndromes es el hecho de que sus componentes (cinético, quinesésico y esteroceptivo) se combinaban muy casualmente, dando así una experiencia totalmente personal. Sólo un paciente sintió la pierna fijada en flexión sobre su muslo (Lunn: menos del 10%) (3). La sensación de telescopio también fue observada en un paciente, que experimentó la impresión de encogimiento de la extremidad, con la sensación de una gradual aproximación de los dedos a la ingle. La sensación telescópica es más común (25-75%) en la extremidad superior (5).

El muñón doloroso se evidenció en 11 pacientes (32,4%). Es la sensación postamputación menos frecuente en nuestro estudio; porcentajes similares se han observado por otros autores (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Por otro lado, la evaluación de la incidencia del muñón doloroso observado a largo plazo después de la intervención mostró que, si bien su porcentaje disminuye, los análisis estadísticos no permiten considerar estos valores como significativos. El dolor fantasma se observó en 26 pacientes (76,5%). Se

comprobó que la disminución de la incidencia de este síndrome después de 6 años de la amputación no es estadísticamente significativo. Respecto a este aspecto, discrepamos de algunos autores (3, 8, 13), mientras estamos de acuerdo con otros (4).

En conclusión, nos inclinamos a sugerir que los síndromes sensitivos postamputación no están influenciados por el tiempo transcurrido desde ella. Son consecuencia de la amputación. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que la elección cuidadosa del nivel de amputación que resuelva las dificultades de curación de la herida, consecuencia de la isquemia e infección que dan lugar a atrofia y fibrosis, pérdida de calcio por el hueso del muñón, oclusión vascular y degeneración nerviosa, puede proporcionar un futuro mejor a los pacientes amputados.

BIBLIOGRAFIA

1. BONICA, J. J.: «The Management of Pain». Philadelphia: Lea & Febiger, 1953.
2. JENSEN, T. S.; KREBS, S.; NIELSEN, J.; RASMUSSEN, P.: Non-painful phantom limb phenomena. «Acta Neurol. Scand.», 70: 407-414, 1984.
3. LUNN, V.: «Om legemsbevidstheden». Copenhagen: Munksgaard, 1948.
4. GUENIOT, M.: D'une hallucination du toucher (ou hétérotopie subjective des extrémités) particulière a certains amputés. «Journal de la Physiologie de l'Homme et des Animaux», 4: 416, 1861.
5. HENDERSON, W. R.; SMYTH, G. E.: Phantom limbs. «Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry», 11: 88-112, 1948.
6. SLIOSBERG, A.: «Les Algies des Amputés». Paris: Masson, 1948.
7. CRONHOLM, B.: Phantom limb in amputees. «Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinava», suppl. 72: 1-310, 1951.
8. PARKES, GH. M.: Factors determining the persistence of phantom pain in the amputees. «Journal of Psychosomatic Research», 17: 97-108, 1973.
9. KRAINICK, J. U.; THODEN, U.: Schmerzphanomene bei amputier. «Ten Neuroch», 19: 72-80, 1976.
10. CARLEN, P. L.; WALL, P. D.; NADVORNA, H.; STEINBACH, T.: Phantom limbs and related phenomena in recent traumatic amputations. «Neurology», 28: 211-217, 1978.
11. ABRAMSON, A. S.; FEIBEL, A.: The phantom phenomenon: its use and disuse. «Bulletin of the New York Academy of Medicine», 57: 99-112, 1981.
12. FINCH, D. R.A.; MACDOUGAL, M.; TIBBS, D. J.; MORRIS, P. J.: Amputation for vascular disease: the experience of a peripheral vascular unit. «British J. Surg.», 67: 233-237, 1980.
13. JENSEN, T. S.; KREBS, B.; NIELSEN, J.; RASMUSSEN, P.: Immediate and long term phantom limb pain in amputees: incidence, clinical characteristics and relationship to preamputation limb pain. «Pain», 21: 267-278, 1985.
14. TIENGO, M.; NOBILI, C.; MORETTI, M.; MUSICCO, M.: Incidenza e caratteristiche del dolore da deafferentazione nel paziente amputato per cause vascolari. «Acta Anesth.», 36: 289, 1985.