



ORIGINAL

Síndrome de la mama fantasma posmastectomía. Estudio de prevalencia y características clínicas en un hospital de tercer nivel



Raquel Queralt Martin*, David Martinez Ramos, Consuelo Suelves Piqueres,
Maria Valvanera Garcia Moreno, Andreu Martinez Hernandez,
Jose Manuel Laguna Sastre y Javier Escrig Sos

Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España

Recibido el 15 de abril de 2019; aceptado el 29 de junio de 2019

Disponible en Internet el 14 de agosto de 2019

PALABRAS CLAVE

Cáncer mama;
Mastectomía;
Dolor
posmastectomía;
Síndrome mama
fantasma.

Resumen

Objetivo: Conocer la prevalencia y características del síndrome de la mama fantasma en nuestro entorno.

Pacientes y métodos: Se realizó una encuesta telefónica a 50 mujeres mastectomizadas entre los años 2002 y 2009 en el Hospital General Universitario de Castellón. Se preguntó sobre la presencia de dolor antes del diagnóstico de la enfermedad y de la cirugía, del síndrome de dolor posmastectomía y del síndrome de la mama fantasma, ampliando el interrogatorio en caso de respuesta afirmativa para conocer las características de la sintomatología, el momento de aparición, la frecuencia de aparición, la duración de la clínica y la necesidad o no de tratamiento farmacológico específico en cada síndrome. Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

Resultados: El 76% de las mujeres interrogadas presentaron algún tipo de sensación extraña o dolorosa en la zona de la cicatriz mamaria, de las cuales el 65,8% presentó sensaciones no dolorosas y el 34,2% dolorosas. El síndrome de la mama fantasma apareció en el 38% de las mujeres interrogadas, y en muchos de los casos (31,6%) de las que respondieron afirmativamente se expresaba en forma de picor en el pezón ausente.

Conclusiones: El síndrome de dolor posmastectomía y el síndrome de la mama fantasma son entidades poco conocidas, aunque prevalentes en nuestro medio. Tienen un carácter complejo y multifactorial, por lo que es importante conocerlas para conseguir un correcto tratamiento de las pacientes afectas, y así mejorar su calidad de vida.

© 2019 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquelqueralt@gmail.com (R. Queralt Martin).

KEYWORDS

Breast cancer;
Mastectomy;
Post-mastectomy
pain;
Phantom breast
syndrome

Post-mastectomy phantom breast syndrome. Study of prevalence and clinical characteristics in a tertiary hospital

Abstract

Objective: To determine the prevalence of post-mastectomy pain syndrome and phantom breast syndrome in our environment.

Patients and methods: We performed a telephone survey of 50 women who underwent mastectomy between 2002 and 2009 in the General Hospital of Castellon (Spain). The women were asked about the presence of pain before diagnosis of the disease and surgery, post-mastectomy pain syndrome, and phantom breast syndrome. Women with symptoms were asked about their characteristics, time of onset, frequency, duration, and whether or not a specific pharmacological treatment was needed for each syndrome. A descriptive analysis was performed of the data obtained.

Results: A total of 76% of the women surveyed had some kind of strange or painful sensation in the breast scar, 65.8% of whom had painless sensations and 34.2% had painful sensations. Phantom breast syndrome appeared in 38% of the surveyed women and manifested as an itch in the absent nipple in 31.6% of the women.

Conclusions: Post-mastectomy pain syndrome and phantom breast syndrome are little known entities, although they prevalent in our environment. These syndromes are complex and multifactorial; therefore, familiarity with their characteristics is essential to provide affected women with proper treatment and improve their quality of life.

© 2019 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Aunque nadie discute ya que el tratamiento del cáncer de mama es multidisciplinar, la cirugía continúa teniendo un papel determinante en la mayoría de pacientes. En las últimas décadas la tendencia es a realizar cirugías cada vez más conservadoras, practicando resecciones parciales de la mama cuando el caso lo permite. Aun así, existe un cierto número de pacientes que, por diferentes motivos (tamaño tumoral, características del tumor, relación entre el tamaño de la mama y el del tumor, entre otras) la cirugía conservadora no puede realizarse y que, por tanto, son candidatas a una mastectomía con o sin linfadenectomía axilar.

Como en cualquier tipo de cirugía se han descrito diferentes complicaciones de las mastectomías, entre las que se incluye el dolor crónico¹, que puede ser nociceptivo —por lesión de los músculos y ligamentos—, o neuropático —por lesión nerviosa o disfunción del sistema nervioso—. De este modo, las pacientes sometidas a una mastectomía pueden presentar un conjunto de síntomas como dolor, parestesias, sensaciones extrañas, etc., que se pueden englobar en el ya descrito como síndrome de dolor posmastectomía². Un estudio reciente de revisión, tras analizar la variabilidad en las definiciones de este síndrome en la literatura, propone definir el síndrome de dolor posmastectomía como el dolor de características neuropáticas que ocurre tras cualquier cirugía mamaria y es de intensidad moderada, tiene una durabilidad mayor a los 6 meses, ocurre con una frecuencia importante y se exacerba con los movimientos del hombro ipsilateral³.

Dentro de este síndrome de dolor posmastectomía se incluye el fenómeno o síndrome de la mama fantasma: la sensación de persistencia de la mama tras su exéresis⁴.

Los cuadros dolorosos en las personas amputadas son un tema ampliamente estudiado, y que ya describió Ambrosio Paré en 1551. Aunque el mecanismo patogénico ha sido muy discutido, parece ser que existen alteraciones a nivel periférico (en forma de neuroma o neuroglioma, por la proliferación anárquica de los extremos nerviosos en el muñón de amputación), a nivel medular y a nivel cortical, con un componente de alteración psíquica en muchos casos⁵.

La prevalencia del síndrome de dolor posmastectomía y del síndrome de la mama fantasma es muy variable, desde el 0% al 70% según la fuente consultada y el tipo de sensación incluida^{6,7}. Dada la disparidad de resultados en la literatura nos planteamos conocer la prevalencia de estos síndromes en nuestro medio.

De este modo, el objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia del síndrome de dolor posmastectomía y del síndrome de mama fantasma en nuestro entorno, así como el tipo de sensaciones que más frecuentemente aparecen en el contexto de estos síndromes y el momento de aparición de las mismas.

Pacientes y métodos

La selección de casos se realizó a partir de la base de datos del Hospital General Universitario de Castellón. Se incluyó en el estudio a mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama en este centro entre los años 2002 y 2009. Se cerró el estudio en 2009 para que todas las pacientes tuvieran, como mínimo, 10 años de seguimiento. Durante este periodo 286 habían sido sometidas a una mastectomía (con o sin vaciamiento axilar). El tipo de cirugía que se realizó en todos los casos fue una mastectomía con conservación de los músculos pectorales, tanto mayor como menor. Todas

las pacientes tenían el diagnóstico de carcinoma de mama unilateral, sin incluir criterios sobre el tipo, el grado o el estadio de la enfermedad. No hubo ninguna reconstrucción inmediata en este periodo. Se excluyeron del estudio a las pacientes con problemas neurológicos o psiquiátricos, por la dificultad a la hora de realizar la entrevista telefónica. Se excluyeron también pacientes varones y pacientes en las que no se disponía de contacto telefónico o fue imposible localizarlas. Finalmente, de las 286 pacientes intervenidas se realizó el estudio a 50.

Se realizó una encuesta telefónica (anexo 1), voluntaria y anónima, formada por 4 preguntas, todas ellas relacionadas con el tipo de sensaciones que aparecieron durante el tratamiento de la enfermedad y una vez superado el mismo. En primer lugar, se preguntó sobre la presencia de dolor mamario antes del diagnóstico de cáncer de mama, así como el tipo (mastodinia o mastalgia). Posteriormente, se interrogó sobre la presencia o no de dolor antes de la intervención, tras el diagnóstico de cáncer de mama. El tercer ítem trató sobre la presencia o no de sensaciones extrañas o dolorosas en la zona de la cicatriz mamaria tras la intervención quirúrgica. En caso de respuesta afirmativa se plantearon 5 cuestiones sobre el tipo de sensación, el momento de aparición, la duración, la frecuencia de presentación y la necesidad de administración de tratamientos farmacológicos orientados a controlar las sensaciones. La última pregunta interrogó sobre la aparición o no del síndrome de la mama fantasma, investigando también en caso de respuesta afirmativa sobre el tipo de sensación, el inicio, la duración, la frecuencia y la necesidad de tratamiento específico.

En todas las llamadas realizadas se explicó con detalle el objetivo del estudio, así como el carácter voluntario y anónimo de la entrevista. Todas las pacientes incluidas expresaron su consentimiento para contestar la encuesta.

El análisis estadístico de datos se realizó con el programa SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Resultados

El número total de pacientes encuestadas fue de 50. La media de edad de las mujeres entrevistadas fue de 57,4 años (desviación típica 1,6). El 14% de las mujeres entrevistadas presentó algún tipo de dolor antes del diagnóstico de la enfermedad. Entre las que tuvieron dolor el 57,1% de las pacientes tenía un dolor de tipo cíclico (mastodinia). Tras el diagnóstico de la enfermedad el 24% de las mujeres entrevistadas presentó dolor antes de la intervención quirúrgica, y el 76% no tuvo ningún síntoma molesto. Una vez intervenidas el 76% de las pacientes presentó alguna sensación extraña no dolorosa (hormigueo, picor, adormecimiento o tensión) o dolorosa (pinchazos, quemazón, presión dolorosa o dolor difuso) en la zona de la cicatriz. No se encontraron diferencias en la aparición de estos síntomas en relación con la edad de las mujeres.

De las mujeres que tuvieron molestias tras la cirugía, un 65,8% presentó sensaciones extrañas como hormigueo, picor, adormecimiento o tensión, y un 34,2% refirió dolor como pinchazos, quemazón, presión dolorosa o dolor difuso. Al 50% de las mujeres que respondió afirmativamente la

Tabla 1 Dolor posmastectomía

<i>Momento de aparición de la sensación</i>	
A los pocos días de la cirugía	50%
A los meses de la cirugía	42,1%
Al cabo de años de la cirugía	7,9%
<i>Duración de la sensación</i>	
Minutos	50%
Horas	10,5%
Días	7,9%
Constante	31,6%
<i>Frecuencia de aparición de la sensación</i>	
Esporádica	42,1%
Semanal	13,2%
Diaria	13,2%
Constante	31,6%

sintomatología les apareció a los pocos días de la cirugía, al 42,1% al cabo de unos meses de la intervención y al 7,9% al cabo de años. En el 50% de las mujeres con sensaciones extrañas o sensaciones dolorosas la duración de las mismas fue de minutos, en el 10,5% de horas, en el 7,9% de días y en el 31,6% de los casos las molestias eran constantes. Con respecto a la frecuencia de aparición de la clínica, en el 42,1% fue esporádica, en el 13,2% semanal, en el 13,2% diaria y en el 31,6% se presentaba continuamente. El 7,9% de las mujeres con sensaciones extrañas o dolorosas necesitaron tomar algún tratamiento farmacológico específico para controlar la sintomatología (tabla 1).

Finalmente, se realizaron unas preguntas específicas del síndrome de la mama fantasma (sensación de sentir la presencia de la mama extirpada) a las mujeres que presentaban sensaciones extrañas o dolorosas en la cicatriz. El 38% de las mujeres afirmó haber tenido en algún momento tras la cirugía esta sensación, de las cuales el 21,1% reflejó que se trató de una experiencia dolorosa o desagradable. Además, el 31,6% de las pacientes con síndrome de la mama fantasma lo expresaba como «picor en el pezón ausente». En ninguno de los casos las pacientes declararon haber relacionado la sensación con alguna situación concreta, trastorno psicológico, ansiedad, la toma de alimentos, etc. En el 47,4% de las pacientes la sintomatología de la mama fantasma apareció a los pocos días de la cirugía, en el 42,1% a los meses de la intervención y en el 10,5% al cabo de años. La duración de la sensación de tener presente la mama extirpada fue de minutos en el 73,7% de los casos, de horas en el 15,8% y constante en un 10,5% de las mujeres entrevistadas. La frecuencia de aparición fue esporádica en el 73,7% de los casos, semanal en el 10,5%, diaria en el 5,3% y constante en el 10,5% (tabla 2). En ningún caso se requirió tratamiento farmacológico específico para controlar la sintomatología.

Discusión

La prevalencia de alteraciones sensitivas en la zona intervenida tras la cirugía mamaria es variable, aunque es un problema que afecta a un importante número de pacientes, ya que el cáncer de mama es la enfermedad maligna más frecuente en la mujer de nuestro medio. En este estudio el 50%

de las pacientes entrevistadas refirió algún tipo de sensación extraña (no dolorosa) tras la cirugía radical de la mama, mientras que solo el 26% del total sufrió dolor, un porcentaje que coincide con lo revisado en la literatura^{1,6-8}. El amplio margen de prevalencia del síndrome de dolor posmastectomía, del 0% al 70% según autores^{1,6-8}, puede explicarse, entre otras causas, por la dificultad en muchos casos de diferenciar entre sensación extraña y dolor, tanto por parte de las pacientes como de los entrevistadores. La aparición de sensaciones extrañas no dolorosas es muy frecuente en cualquier tipo de cicatriz quirúrgica, principalmente las parestesias, debido a la lesión de las terminaciones nerviosas en la zona de incisión. Estos síntomas menores deben diferenciarse del síndrome de dolor posmastectomía, que incluye sensaciones como hormigueo, picor, adormecimiento, tensión y peso, y sensaciones dolorosas como punzadas, quemazón y presión dolorosa^{2,8}.

El mecanismo de desarrollo de este síndrome no se conoce con exactitud, aunque parece ser que la lesión de nervios axilares y de la pared torácica anterior daría lugar a un dolor de tipo neuropático⁸. Sin embargo, otros autores han propuesto como explicación la neuralgia intercosto-braquial como la causa de este síndrome⁹, así como los neuromas intercostales. En el presente estudio la mayor parte de las pacientes refirieron la aparición de las sensaciones al cabo de días (50%) o meses (42,1%), mientras que solo un pequeño porcentaje presentó sintomatología al cabo de años de la cirugía (7,9%). Esto se debería probablemente a que las lesiones nerviosas causantes de esta sintomatología se producen durante la cirugía y, por tanto, son evidentes para las pacientes a los pocos días de la intervención.

La frecuencia de aparición de los síntomas es baja en general (esporádica en el 42,1% de los casos), aunque hay un porcentaje no despreciable que presentaban las molestias de forma constante (31,6%). La duración de los síntomas también es baja en un alto porcentaje de casos (50% de minutos). Esto explicaría por qué, pese a la elevada prevalencia del síndrome del dolor posmastectomía, la consulta con un profesional es baja, así como la necesidad de tratamiento farmacológico para controlar los síntomas (7%).

En cuanto a la aparición del síndrome de la mama fantasma, la prevalencia en nuestro estudio fue del 38%, lo que coincide con los estudios publicados, cuyo porcentaje incluye del 10% al 66%^{2,10,11}. Según la revisión llevada a cabo por Aygin y Şen sobre 11 artículos internacionales y 627 pacientes, 7,8% de ellos se diagnosticaron de síndrome de la mama fantasma, 65,8% presentaron sensaciones fantasma y 6,7% tuvieron dolor de mama fantasma. No obstante, estos mismos autores también reconocieron las dificultades para la estandarización del diagnóstico e insistían en la necesidad de nuevos estudios preferiblemente prospectivos¹². En nuestra serie, la aparición de los síntomas fue en la mayoría de los casos a los días o meses de la cirugía (47,4% y 42,1% respectivamente), y se mantenían a lo largo del tiempo, al contrario de lo que relatan algunos autores⁶. En los síndromes dolorosos de los amputados la clínica aparece en los primeros meses, y luego disminuye con el tiempo, lo que parece ser que no ocurre con el síndrome de la mama fantasma^{2,13}. En ningún caso estas sensaciones interferían con las actividades habituales de las pacientes interrogadas, y ninguna necesitó tratamiento farmacológico para controlar la sensación. En el momento de la entrevista

Tabla 2 Síndrome de la mama fantasma

<i>Momento de aparición</i>	
A los pocos días de la cirugía	47,4%
A los meses de la cirugía	42,1%
Al cabo de años de la cirugía	10,5%
<i>Duración</i>	
Minutos	73,7%
Horas	15,8%
Constante	10,5%
<i>Frecuencia de aparición</i>	
Esporádica	73,7%
Semanal	10,5%
Diaria	5,3%
Constante	10,5%

muchas mujeres explicaron que el motivo de sentir presente la mama extirpada era «psicológico», no creían que hubiera una explicación orgánica y por ello no consultaban. Es decir, asumieron su situación como normal y convivían con la sensación sin que les causase alteraciones en su vida diaria.

Este estudio tiene algunas limitaciones importantes, como el hecho de tratarse de una entrevista telefónica retrospectiva, lo que podría limitar el valor del recuerdo que las pacientes tenían de sus sensaciones años atrás, así como la subjetividad de la persona que la realiza, que puede condicionar las respuestas de las pacientes. Dado el número de pacientes encuestadas (50 de 286 pacientes mastectomizadas) es posible que exista un sesgo determinado por la mayor disponibilidad a participar de las pacientes sintomáticas, lo que también constituye una limitación del estudio. Además, algunas variables que pudieran ser de interés no se encontraban disponibles en las historias clínicas o no se registraron durante la recogida de datos. Estos datos son únicamente de nuestro centro y podrían no ser aplicables a otras poblaciones con diferencias socioculturales de percepción del dolor. Por ello, sería deseable ampliar el estudio descrito o, preferiblemente, realizar uno prospectivo, idealmente multicéntrico, para despejar muchas de las cuestiones aquí planteadas.

En conclusión, el síndrome de dolor posmastectomía y el síndrome de la mama fantasma son entidades complejas y multifactoriales, poco conocidas pese al avance en el tratamiento del cáncer de mama. Las mujeres afectas no suelen consultar por esta afección, y muy pocas requieren tratamiento farmacológico. Son necesarios más estudios en este ámbito para conocer la prevalencia real de estos síndromes, así como sus causas, para poder evitar al máximo su aparición y así, en definitiva, mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo A. Datos complementarios

Los datos complementarios relacionados con este artículo pueden consultarse en su versión online, disponible en: [doi:10.1016/j.senol.2019.06.005](https://doi.org/10.1016/j.senol.2019.06.005).

Bibliografía

1. Couceiro TCM, de Menezes TC, Valênca MM. Post-mastectomy pain syndrome. The magnitude of the problem. *Brazilian J Anesthesiol* [Internet]. 2009;59:358–65. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034709409700595>.
2. Björkman B, Arner S, Hyden LC. Phantom breast and other syndromes after mastectomy: Eight breast cancer patients describe their experiences over time: A 2-year follow-up study. *J Pain* [Internet]. 2008;9:1018–25. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1526590008006238>.
3. Waltho D, Rockwell G. Post-breast surgery pain syndrome: establishing a consensus for the definition of post-mastectomy pain syndrome to provide a standardized clinical and research approach—a review of the literature and discussion. *Can J Surg* [Internet]. 2016;59:342–50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27668333>.
4. Martínez-Ramos D, Alcalde M, Rivadulla M, Daroca J, Paiva A, Fortea C, et al. Síndrome de la mama fantasma tras mastectomía. *Rev Senol y Patol Mamar*. 2010;23:75–6.
5. Piulachs P. Lecciones de patologa quirúrgica I. Generalidades. Segunda parte. Barcelona: Editorial Toray; 1963. p. 1189–92.
6. Dijkstra PU, Rietman JS, Geertzen JHB. Phantom breast sensations and phantom breast pain: A 2-year prospective study and a methodological analysis of literature. *Eur J Pain* [Internet]. 2007;11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.01.002>, 99–99.
7. Smith CSW, Bourne D, Squair J, Phillips DO, Chambers AW. A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome. *Pain* [Internet]. 1999 Oct;83:91–5. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006396-199910010-00011>.
8. Vilholm OJ, Cold S, Rasmussen L, Sindrup SH. The post-mastectomy pain syndrome: An epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer. *Br J Cancer* [Internet]. 2008;99:604–10. Disponible en: <http://www.nature.com/articles/6604534>.
9. Jung BF, Ahrendt GM, Oaklander AL, Dworkin RH. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain* [Internet]. 2003;104:1–13. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006396-200307000-00001>.
10. Da Silva BB, Mendes LCM, Costa NKB, Holanda LGM, Lima GP, Teles JBM, et al. Síndrome da mama fantasma: características clínicas e epidemiolgicas. *Rev Bras Ginecol e Obs* [Internet]. 2007;29:446–51. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000900002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
11. Ahmed A, Bhatnagar S, Singh Rana S, Ahmad S, Joshi S, Mishra S. Prevalence of phantom breast pain and sensation among postmastectomy patients suffering from breast cancer: A prospective study. *Pain Pract*. 2014;14:E17–28.
12. Aygn D, Sevim . Prevalence and clinical features of phantom breast syndrome: Literature review. *J Contemp Med*. 2017;7:97–106.
13. Jackson MA, Simpson KH. Pain after amputation. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain* [Internet]. 2004;4:20–3. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1472261517300067>.