



## DOLOR DEL MIEMBRO FANTASMA TRAS AMPUTACIÓN EN PACIENTE CON LINFEDEMA CRÓNICO COMPLICADO

*Solans Puyol, Marina; Buriticá Aguirre, Adriana; Groizard Botella, Maria José; Palumbo; Marco; Albert Minguell, Carla; Vilà Justribó, Xavier*

### INTRODUCCIÓN

La linfedema crónica genera inflamación persistente, fibrosis tisular y disfunción cutánea<sup>(1,2)</sup>, predisponiendo a infecciones recurrentes y dolor neuropático. El dolor del miembro fantasma (DMF) afecta el 60-80% de las amputaciones, pudiendo ser intenso y de difícil tratamiento<sup>(3,4)</sup>. Presentamos un caso que combina ambos escenarios clínicos.

### MOTIVO DE CONSULTA

Dolor en extremidades inferiores de difícil control tras desbridamientos quirúrgicos y síndrome del miembro fantasma tras amputación.

### ANTECEDENTES PERSONALES

Mujer de 43 años con linfedema primario crónico diagnosticado en 2017. Antecedentes: Trastorno de ansiedad generalizada y consumo diario de tetrahidrocannabinol, osteosíntesis de cadera y tibia con dolor postoperatorio de difícil control. Intolerancia a la morfina por náuseas y vómitos. Tratamientos previos con fentanilo transdérmico, tramadol, tapentadol, paracetamol, dexketoprofeno, y ansiolíticos.

### CUADRO CLÍNICO DE DOLOR

Desde el diagnóstico, la paciente presentó úlceras recurrentes e infecciones por *P. aeruginosa*, *S. pyogenes* y *P. mirabilis*, requiriendo múltiples desbridamientos y tratamiento antibiótico de amplio espectro. Ante el mal control del dolor y detección de componente neuropático (DN4 5/10), en las últimas cirugías, se pautaron perfusiones de ketamina intravenosa en periodo postoperatorio y gabapentin con respuesta parcial.

Tras episodio de shock séptico por celulitis en la extremidad inferior izquierda, se realizó amputación supracondílea. En el postoperatorio inmediato desarrolló DMF de difícil manejo por intensidad e intolerancia a la morfina. El tratamiento incluyó sulfato de magnesio intraoperatorio, dosis subanestésicas de ketamina intravenosa (titulación progresiva hasta 0.2 mg/kg/h) durante 5 días, fentanilo transdérmico (75mcg/72h) y aumento progresivo de prebalina (hasta 600 mg/día), junto rehabilitación (RHB) y soporte psicológico. Se realizó seguimiento postoperatorio con titulación progresiva y ajuste de medicación. Actualmente la paciente se encuentra en fase de protetización, comenta dolor leve en tratamiento con fentanilo de 25 mcg/72h, pregabalina 75-0-150 y terapia ansiolítica.

### CONCLUSIONES

El dolor intenso previo a la cirugía por las infecciones asociadas al linfedema, la tolerancia a opioides y el trastorno de ansiedad alertaban un dolor postoperatorio de difícil manejo y necesidad de abordaje multidisciplinar. La hiperactividad del receptor NMDA es uno de los factores involucrados en el inicio y mantenimiento del DMF, así como una diana de tratamiento. La ketamina, bloquea los receptores NMDA, entre otros, reduciendo la sensibilización central y mejorando el estado emocional<sup>(5, 6, 7)</sup>. No obstante, se requieren más estudios para determinar las dosis más seguras y duración de los protocolos analgésicos. La combinación de opioides y gabapentinoides ha demostrado efectividad en el tratamiento del DMF. Resaltamos la importancia del seguimiento ambulatorio para la titulación estrecha según objetivos de la RHB.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Brown S, Dayan JH, Kataru RP, Mehrara BJ. The Vicious Circle of Stasis, Inflammation, and Fibrosis in Lymphedema. *Plast Reconstr Surg* 2023; 151:330e.
2. Bowman C, Rockson SG. The Role of Inflammation in Lymphedema: A Narrative Review of Pathogenesis and Opportunities for Therapeutic Intervention. *Int J Mol Sci* 2024; 25.
3. Valero EG, Acosta Acosta CDP, Vargas Useche W, Orozco Sandoval L, Seija-Butnaru D, Sánchez-Flórez JC, Linares Escobar R, Amaya S. Perioperative Management of Painful Phantom Limb Syndrome: A Narrative Review and Clinical Management Proposal. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2023 Jun;37(2):194-208.
4. Mayo Moldes M., Carregal Rañó A., Fernández Rodríguez T.. Ketamina en el dolor del miembro fantasma. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2009; 16(8): 437-440.
5. Niesters M, Khalili-Mahani N, Martini C, et al. Effect of subanesthetic ketamine on intrinsic functional brain connectivity: a placebo-controlled functional magnetic resonance imaging study in healthy male volunteers. *Anesthesiology*. 2012;117:868–877.
6. Voss LJ, Harvey MG, Sleight JW. Non-NMDA Mechanisms of Analgesia in Ketamine Analogs. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2022 Feb 15;3:827372.
7. Schwenk ES, Viscusi ER, Buvanendran A, Hurley RW, Wasan AD, Narouze S, Bhatia A, Davis FN, Hooten WM, Cohen SP. Consensus Guidelines on the Use of Intravenous Ketamine Infusions for Acute Pain Management From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. *Reg Anesth Pain Med*. 2018 Jul;43(5):456-466.