

Sensación fantasma posterior a la reparación quirúrgica de un prolapso de órganos pélvicos estadio IV

Salvador Rafael Solano Sánchez,* Fernanda Isabel García Alonso,** Elsa Patricia Maldonado Miranda***

RESUMEN

La sensación fantasma es la percepción de que una parte del cuerpo subsiste a pesar de haber sido removida; usualmente se manifiesta como una sensación cinética o exteroceptiva. No hay un mecanismo único que explique satisfactoriamente la sensación de miembro fantasma. Ésta puede manifestarse en cualquier parte del cuerpo que tenga percepción sensorial, tanto somática como visceral. Se presenta el caso de una mujer de 68 años de edad con sensación fantasma que se presenta cinco meses después de la corrección quirúrgica de un prolapso de órganos pélvicos estadio IVCx.

Palabras clave: Sensación fantasma, prolapso de órganos pélvicos.

Nivel de evidencia: IV

Phantom sensation after surgical repair of pelvic organ prolapse IV

ABSTRACT

The phantom sensation is the perception that a part of the body subsists despite having been removed. It usually manifests as a kinetic or exteroceptive sensation. There is no single mechanism that satisfactorily explains the phantom limb sensation, which can manifest in any part of the body that has sensory perception, both somatic and visceral. We report the case of a 68-year-old female with phantom sensation that presented five months after the surgical correction of a pelvic organ prolapse IVCx.

Key words: Phantom sensation, pelvic organ prolapse.

Level of evidence: IV

INTRODUCCIÓN

La sensación fantasma es la percepción de que una parte del cuerpo subsiste a pesar de haber sido removida; usualmente se manifiesta como una sensación cinética, cenestésica o exteroceptiva.^{1,2} No hay un mecanismo único que explique de manera satisfactoria la sensación de miembro fantasma, pero se conoce

que posee múltiples etiologías de naturaleza neuropática y nociceptiva.^{3,4} Tras la amputación de algún miembro, se reporta una incidencia de sensación de miembro fantasma inmediata (dentro de la primera semana) en el 90% de los pacientes,⁵ y de manera crónica (descrita hasta 40 años después) en el 78%.⁶

El fenómeno de sensación o dolor de miembro fantasma es bien conocido y ampliamente reportado; sin embargo, esta percepción en otras áreas del cuerpo ha recibido menor atención. La sensación fantasma puede manifestarse en cualquier parte del cuerpo que tenga percepción sensorial, tanto somática como visceral. En la literatura se encuentra descrita su presentación visceral en diversas localizaciones, incluyendo lengua,⁷ mama,⁸ recto,⁹ vejiga,¹⁰ útero,¹¹ testículos¹² y pene;¹³ no obstante, sólo se encuentra manifestada de manera secundaria a la resección quirúrgica total del órgano o, en el caso de la vejiga, presencia de sensaciones vesicales, percepción de urgencia urinaria y distensión vesical a pesar de la derivación.¹⁰

Se presenta el caso de una mujer de 68 años de edad con un padecimiento de ocho años de evolución

* Ginecología y Obstetricia; Urología Ginecológica; Doctor en Ciencias. Médico Staff del Centro Médico ABC y Hospital Ángeles Acoxa.

** Médico Cirujano; Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM).

*** Medicina Interna; Maestra en Administración de Instituciones de Salud. Maestra en Ciencias. Médica Staff del Hospital Ángeles Acoxa.

Recibido para publicación: 18/08/2017. Aceptado: 16/11/2017.

Correspondencia: Dr. Salvador Rafael Solano Sánchez

Calzada Acoxa Núm. 430, interior 340, Col. Ex Hacienda Coapa Del. Tlalpan, 41308, Ciudad de México. Tel: 5678 1896
E-mail: rafaelsolano@live.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

que se manifestaba como sensación de cuerpo extraño en la vagina secundaria a prolapso de los órganos pélvicos, mismo que fue corregido quirúrgicamente de forma exitosa. Posteriormente, desarrolló sensación fantasma, referida como persistencia de la percepción de cuerpo extraño en la vagina. Es el primer caso reportado en la literatura de sensación fantasma asociada a prolapso de órganos pélvicos bajo estas mismas condiciones.

Presentación del caso clínico: paciente femenino de 68 años de edad. Antecedentes personales: hipertensión arterial sistémica controlada, antecedente de colecistectomía. Antecedentes ginecoobstétricos: menarca a los 11 años; gestas 2 para 2; menopausia a los 49 años; citología cervical negativa; última mastografía BIRADS 2.

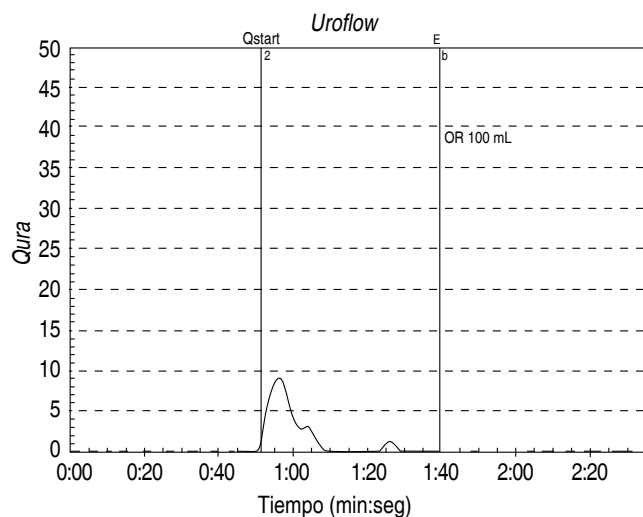
Acudió a consulta por presentar sensación de cuerpo extraño en vagina de ocho años de evolución, la cual había ido progresando. Al interrogatorio uroginecológico refirió urgencia urinaria, incontinencia urinaria de urgencia, dificultad para iniciar la micción, flujo urinario lento e intermitente, pujó para iniciar la micción, sensación de vaciamiento incompleto, sensación de cuerpo extraño en la vagina que se incrementaba con los esfuerzos; describió la salida total del útero, que requiere reducción manual; infecciones recurrentes de vías urinarias en los últimos dos años. A la exploración física uroginecológica, se observaron reflejos perineales disminuidos, tos con vejiga llena y vacía negativa, prolapso de órganos pélvicos IVCx, Gossling 1 (*Figura 1*). Se realizó un estudio urodinámico multicanal, donde se encontró flujo urinario interrumpido, obstrucción al flujo de la salida vesical, orina residual elevada, vaciamiento vesical de 55% (*Figura 2*).

Se realizó corrección quirúrgica del prolapso mediante histerectomía vaginal, colporrafia anterior y posterior, fijación de la cúpula vaginal a los músculos iliococcígeos y colocación de una malla suburetral transobturadora. El procedimiento se llevó a cabo de forma satisfactoria.

La paciente refirió mejoría subjetiva del 100% durante cinco meses, hasta que se presentó nuevamente la sensación de cuerpo extraño en la vagina, que se incrementaba con los esfuerzos. A la exploración física, se encontró ausencia de prolapso de órganos pélvicos (*Figura 3*). Durante este periodo, se decidió colocar un pesario de anillo con soporte, y durante el uso del mismo, la sensación fantasma desaparece. Sin embargo, sin el uso de este dispositivo, la sensación fantasma es permanente; actualmente ha persistido por un periodo de seis meses.



Figura 1. Exploración física uroginecológica inicial.



Resumen de Uroflow (23/04/2015 06:18:38 p.m.)

Volumen anulado: 85 mL	Máximo de Qura: 9.0 mL/seg
Anular tiempo: 0:35 min:seg	Promedio de Qura: 4.7 mL/seg
Tiempo del flujo: 0:18 min:seg	Tiempo al máximo de Qura: 0:05 min:seg
Vacilación: 0:50 min:seg	

Figura 2. Estudio de flujometría espontánea.



Figura 3. Exploración física uroginecológica postquirúrgica.

DISCUSIÓN

La sensación fantasma es cualquier sensación (paresia, disestesia o hiperestesia) de un órgano faltante; puede no ser dolorosa;^{14,15} estas percepciones se pueden manifestar como sensación de humedad, frío, fatiga, prurito, adormecimiento y/o sensación de suspensión en el aire.¹⁶ En este caso, la paciente refería sensación de cuerpo extraño asociada al prolapso de los órganos pélvicos, misma que desapareció tras la corrección quirúrgica. Sin embargo, cinco meses después del procedimiento, percibía la misma sensación que tenía antes de que se practicara la intervención quirúrgica.

Está descrito que la sensación fantasma no dolorosa no suele presentarse de manera inmediata tras la manipulación quirúrgica. Ésta se observa habitualmente 2-12 meses postquirúrgicos y tiende a ser autolimitada.^{1,17,18} En este caso, la paciente tuvo por primera vez la sensación fantasma cinco meses después del evento quirúrgico.

Se han realizado múltiples investigaciones con el objetivo de descifrar el mecanismo exacto de la fisiopatología de este fenómeno, y a pesar de que no se ha podido dilucidar el proceso que lo desencadena, se ha sugerido que intervienen factores psicológicos¹⁹ y fisiológicos, tales como actividad eléctrica neuronal, alteraciones en la médula espinal y memorias sensoriales de base neuroquímica en el sistema nervioso central.^{20,21}

La vejiga tiene una gran inervación somatosensorial, lo que le confiere predisposición a presentar sensaciones fantasmas. A pesar de que se han reportado casos de sensación fantasma en este órgano, no se había descrito sensación fantasma asociada a prolapso de órganos pélvicos.

Se han propuesto y evaluado múltiples abordajes terapéuticos para tratar el dolor de miembro fantasma, pero no para la sensación fantasma. A pesar de que se han analizado tratamientos con enfoque racional en los mecanismos fisiopatológicos de este fenómeno, no se ha podido determinar el abordaje definitivo para una remisión total de esta percepción. Dentro de las opciones terapéuticas actuales se encuentra el abordaje multidisciplinario, incluyendo cirugía, fármacos y apoyo psicológico. Algunos fármacos recomendados son antidepresivos, anticonvulsivantes, bloqueadores de los canales de sodio, antagonistas de los receptores de N-metil-D aspartato y opioides.^{2,10} El tratamiento se considera exitoso cuando se consigue mejorar la calidad de vida del paciente y su rein-

tegración en la vida social.¹⁹ En este caso, dada la sintomatología reportada, se colocó un pesario de anillo con soporte, con lo que desapareció dicha sensación.

CONCLUSIÓN

El prolapso de órganos pélvicos tiene una elevada prevalencia a nivel mundial. Aún existen múltiples controversias sobre la técnica quirúrgica adecuada para su tratamiento. No obstante, independientemente de la técnica, una patología que hasta la fecha no estaba reportada era la aparición de la sensación fantasma postoperatoria. Es evidente que habrá que realizar estudios con otras características para esclarecer esta asociación. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la sensación fantasma puede manifestarse en cualquier parte del cuerpo que tenga percepción sensorial, como el piso pélvico de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolff A, Vanduyndhoven E, van Kleef M, Huygen F, Pope JE, Mekhail N. 21. Phantom pain. *Pain Pract.* 2011; 11 (4): 403-413.
2. Andreotti AM, Goiato MC, Pellizzer EP, Pesqueira AA, Guiotti AM, Gennari-Filho H et al. Phantom eye syndrome: a review of the literature. *Scientific World Journal.* 2014; 2014: 686493.
3. Wiffen P, Meynadier J, Dubois M, Thurel C, deSmet J, Harden RN. Diagnostic and treatment issues in postamputation pain after landmine injury. *Pain Med.* 2006; 7 Suppl 2: S209-212.
4. Clarke C, Lindsay DR, Pyati S, Buchheit T. Residual limb pain is not a diagnosis: a proposed algorithm to classify postamputation pain. *Clin J Pain.* 2013; 29 (6): 551-562.
5. Ramachandran VS, Hirstein W. The perception of phantom limbs. The D. O. Hebb lecture. *Brain.* 1998; 121 (Pt 9): 1603-1630.
6. Sherman RA, Sherman CJ, Parker L. Chronic phantom and stump pain among American veterans: results of a survey. *Pain.* 1984; 18 (1): 83-95.
7. Hanowell ST, Kennedy SF. Phantom tongue pain and causalgia: case presentation and treatment. *Anesth Analg.* 1979; 58 (5): 436-438.
8. Kroner K, Krebs B, Skov J, Jorgensen HS. Immediate and long-term phantom breast syndrome after mastectomy: incidence, clinical characteristics and relationship to pre-mastectomy breast pain. *Pain.* 1989; 36 (3): 327-334.
9. Ovesen P, Kroner K, Ornsholt J, Bach K. Phantom-related phenomena after rectal amputation: prevalence and clinical characteristics. *Pain.* 1991; 44 (3): 289-291.
10. Biley FC. Phantom bladder sensations: a new concern for stoma care workers. *Br J Nurs.* 2001; 10 (19): 1290-1296.
11. Dorpat TL. Phantom sensation of internal organs. *Compr Psychiatry.* 1971; 12 (1): 27-35.

12. Pühse G, Wachsmuth JU, Kemper S, Husstedt IW, Kliesch S, Evers S. Phantom testis syndrome: prevalence, phenomenology and putative mechanisms. *Int J Androl*. 2010; 33 (1): e216-220.
13. Fisher CM. Phantom erection after amputation of penis. Case description and review of the relevant literature on phantoms. *Can J Neurol Sci*. 1999; 26 (1): 53-56.
14. Knotkova H, Cruciani RA, Tronnier VM, Rasche D. Current and future options for the management of phantom-limb pain. *J Pain Res*. 2012; 5: 39-49.
15. Buonocore M. Where is hidden the ghost in phantom sensations? *World J Clin Cases*. 2015; 3 (7): 542-544.
16. Davis RW. Phantom sensation, phantom pain, and stump pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 1993; 74 (1): 79-91.
17. Nicolodi M, Frezzotti R, Diadori A, Nuti A, Sicuteri F. Phantom eye: features and prevalence. The predisposing role of headache. *Cephalalgia*. 1997; 17 (4): 501-504.
18. Nikolajsen L, Jensen TS. Phantom limb pain. *Br J Anaesth*. 2001; 87 (1): 107-116.
19. Niraj S, Niraj G. Phantom limb pain and its psychologic management: a critical review. *Pain Manag Nurs*. 2014; 15 (1): 349-364.
20. Stannard CF. Phantom limb pain. *Br J Hosp Med*. 1993; 50 (10): 583-4, 6-7.
21. McCormick Z, Chang-Chien G, Marshall B, Huang M, Harden RN. Phantom limb pain: a systematic neuroanatomical-based review of pharmacologic treatment. *Pain Med*. 2014; 15 (2): 292-305.