

Prevalência de dor fantasma em amputados do Lar Escola São Francisco

Prevalence of phantom pain among amputees at Lar Escola São Francisco

Therezinha Rosane Chamlian¹, Mariana Matteis Martins Bonilha², Márcia Cristina Matos Macêdo², Flávia Rezende³, Caio Augusto Pereira Leal⁴

RESUMO

A fisiopatologia da sensação dolorosa do membro fantasma, ou da dor fantasma, é caracterizada pela reorganização do mapeamento das estruturas representadas no córtex cerebral, um processo de plasticidade sensitiva e motora. Sua presença pode interferir na reabilitação física e psicossocial do paciente amputado, comprometendo a aquisição de habilidades e a qualidade de vida. **Objetivo:** Aferir a prevalência de dor fantasma nos pacientes amputados do Lar Escola São Francisco (LESF). **Método:** Foram pesquisados os prontuários dos pacientes atendidos no Grupo de Amputações e Próteses no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010 e analisada a presença ou ausência de queixa de dor fantasma. **Resultados:** Dos 330 prontuários analisados, em dez havia referência de queixa de dor fantasma, equivalendo à proporção de 3,3% dos pacientes. **Conclusão:** A prevalência de dor fantasma foi baixa entre os amputados estudados do LESF. Sua abordagem precisa ser mais bem estudada dentro da avaliação individual do paciente amputado.

Palavras-chave: amputados, dor, membro-fantasma

ABSTRACT

The physiopathology of phantom limb pain is characterized by cortical map reorganization, a process that involves plasticity in sensorimotor representations. The presence of phantom limb pain can interfere with the physical and psychosocial rehabilitation of amputees, compromising the patient's acquisition of skills and quality of life. **Objective:** To determine the prevalence of phantom limb pain in amputees seen at the Lar Escola São Francisco (LESF). **Methods:** The records of patients attending the Amputation and Prosthesis Group between January 2005 and December 2010 were analyzed regarding the presence or absence of signs of phantom limb pain. **Results:** Phantom limb pain was reported in 10 of 330 records analyzed, corresponding to a proportion of 3.3%. **Conclusion:** Prevalence of phantom limb pain was low among amputees studied at LESF. Its approach needs to be better investigated during individual assessment of amputees.

Keywords: amputees, pain, phantom limb

¹ Médica Fisiatra, Professora Afiliada, Universidade Federal de São Paulo - (UNIFESP).

² Médica Residente de Medicina Física e Reabilitação, Universidade Federal de São Paulo - (UNIFESP).

³ Ex-Residente de Medicina Física e Reabilitação, Universidade Federal de São Paulo - (UNIFESP).

⁴ Graduando de Fisioterapia da Faculdade Metropolitanas Unidas.

Endereço para correspondência:
Therezinha Rosane Chamlian
E-mail: rosane.chamlian@larescola.com.br

Recebido em 31 de Agosto de 2012.
Aceito em 10 de Novembro de 2012.

DOI: 10.5935/0104-7795.20120026

INTRODUÇÃO

A sensação dolorosa pode ser classificada, conforme a fisiopatologia, em dor neuropática, dor nociceptiva e dor psicogênica. A primeira, que será abordada no atual artigo, é caracterizada pela disfunção no sistema nervoso central ou periférico, e subdividida em funcional ou orgânica ou periférica.¹

Inicialmente denominada Síndrome Pós Amputação, a sensação do membro fantasma foi descrita no século XVI pelo cirurgião militar francês, Ambróise Paré (1510-1590). No século XIX, a partir dos estudos de Silas Weir Mitchell, o termo dor fantasma passou a ser utilizado.² Pode-se, didaticamente, dividir síndrome pós amputação em sensação do membro fantasma e sensação do coto, podendo essas ser dolorosas ou não.³

A fisiopatologia da sensação dolorosa do membro fantasma ou da dor fantasma não é totalmente compreendida.⁴ Há descrições na literatura como um processo motor e sensorial de plasticidade, caracterizado pela reorganização do mapeamento das estruturas representadas no córtex cerebral com remodelamento sináptico de fibras sensoriais talamocorticais e mecanismos de adaptação compensatórios na área representante da região amputada. Há redução da ação inibitória de interneurônios em áreas de aferências sensitivas, desencadeando sensações referidas.⁵

São citados fatores associados à dor fantasma, que podem favorecer sua perpetuação e o aumento da intensidade,^{6,7} tais como, a formação de neuromas, presença de dor miofascial, lesões no membro residual (coto) e no membro pré amputação.

Dos estudos pesquisados sobre sensação dolorosa no membro fantasma, encontra-se um intervalo extenso entre os valores de prevalência, variando entre 2 a 90% a presença percentual nos grupos contemplados.⁸ Tal discrepância pode ser em parte justificada pelo tratamento da dor já realizado em algum período anterior ao estudo; as diferentes causas da amputação não discriminadas; a presença de comorbidades; o estado trófico atual; a presença de dor no membro prévia à amputação e a falta de padronização e critérios para a avaliação e mensuração da dor.⁹

Tendo em vista que nos indivíduos amputados que apresentam dor fantasma é constatada repercussão negativa no processo de reabilitação,¹⁰ o estudo de sua prevalência

poderá contribuir para compreensão da magnitude de seus efeitos.

OBJETIVO

Avaliar a prevalência de dor fantasma na população de pacientes atendidos no Centro de Reabilitação Lar Escola São Francisco.

MÉTODO

Foi realizado estudo descritivo, retrospectivo e transversal, a partir da pesquisa de arquivos dos pacientes atendidos no Ambulatório de Amputações e Próteses de janeiro de 2005 até dezembro de 2010. Analisou-se a presença ou ausência de anotações no prontuário sobre queixa de dor fantasma, seja questionada pelo examinador ou referida de forma espontânea durante o atendimento. No período pesquisado, não havia um protocolo de avaliação pré-estabelecido, nem um item que interrogasse de forma específica a dor fantasma, nem qualitativa nem quantitativamente.

Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros, sem restrições quanto à faixa etária, ao membro amputado e à etiologia da amputação.

Os pacientes em primeiro atendimento ambulatorial eram oriundos da comunidade, sem triagem prévia que estabelecesse alguma seleção.

RESULTADOS

Durante o período contemplado, 330 pacientes foram atendidos em primeira consulta no Ambulatório de Amputações e Próteses do Centro de Reabilitação Lar Escola São Francisco. Destes, 244 pacientes eram do gênero masculino e 86 feminino. A média de idade dos pacientes foi de 57,3 anos. A maioria dos pacientes (262) possuía como etiologia da amputação a alteração vascular; a causa traumática foi responsável pela amputação de 54 pacientes.

Do total de prontuários analisados, em 10 (dez) foram observadas referências de dor fantasma, equivalendo à proporção de 3,3%. Os dados gerais dos indivíduos amputados e daqueles com dor fantasma estão descritos nas Tabelas 1 e 2.

As dores foram referidas como tipo choque ou latejamento e esporádicas, não constantes e não havia dados sobre os fatores de melhora ou piora.

Não há associação estatisticamente significativa entre a dor fantasma e as características avaliadas ($p > 0,05$) e as médias das idades dos pacientes com e sem dor fantasma são estatisticamente iguais ($p = 0,089$).

DISCUSSÃO

Classificada como uma das Síndromes Dolorosas Neuropáticas,¹ a dor fantasma é a sensação dolorosa na área do corpo que foi amputada. Sua fisiopatologia não é compreendida por completo, porém, pode ser caracterizada pela disfunção do sistema nervoso periférico secundária à amputação e pelas alterações de neuroplasticidade desencadeadas no sistema nervoso central. Ocorre hiperatividade das membranas neuronais com o aumento das atividades sinápticas em regiões previamente funcionais e em outras silenciosas. Além das alterações funcionais, há persistência da representação sensitiva da região desafferentada no sistema nervoso central.¹¹

As características e a intensidade da dor são diversas. Pode estar associada à região amputada, sendo mais frequente em amputações proximais, a presença de dor local, a duração e intensidade prévias à amputação.⁵ É referido na literatura, que esta reduz com o tempo após a amputação,¹² independente do tratamento realizado.

Pode surgir de imediato ou após intervalos de tempo variáveis após a data da amputação.

Os valores de prevalência de dor fantasma citados na literatura variam de 2 a 90%, o que pode ser justificado pela falta de padronização e critérios em sua avaliação.⁴ No atual estudo, observou-se prevalência de 3,3%.

Dada à prevalência, pode-se considerar que diversos fatores interferem na sua análise. Primeiramente, a dor fantasma não constava na ficha de atendimento como um item padrão a ser avaliado no período estudado, sendo por isso um dado dependente da lembrança do médico em questionar e/ou do paciente a referir de forma espontânea. Devido aos aspectos citados, não é possível afirmar que houve questionamento a todos os pacientes avaliados, nem que tal dado tenha sido considerado em todos os atendimentos. Portanto, a ausência do dado afirmativo não representa de forma fidedigna sua negatividade, mas apenas a ausência da informação, sendo sua presença subestimada.

Além das dificuldades interpretativas por parte do médico, a queixa do paciente, muitas vezes não é citada na consulta, devido ao fato de o mesmo desconsiderar a presença de dor em uma parte do corpo não mais existente.

Tabela 1. Características dos amputados com e sem dor fantasma (parte 1)

Variável	Dor fantasma				Total	p
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
Sexo						0,293
Feminino	82	95,3	4	4,7	86	
Masculino	238	97,5	6	2,5	244	
DPOC						> 0,999
Não	319	97,0	10	3,0	329	
Sim	1	100,0	0	0,0	1	
HAS						> 0,999
Não	123	96,9	4	3,1	127	
Sim	197	97,0	6	3,0	203	
DM						0,756
Não	142	96,6	5	3,4	147	
Sim	178	97,3	5	2,7	183	
Coronariopatia						0,616
Não	280	96,6	10	3,4	290	
Sim	40	100,0	0	0,0	40	
IRC						> 0,999
Não	306	96,8	10	3,2	316	
Sim	14	100,0	0	0,0	14	
OAA						0,079
Não	306	97,5	8	2,5	314	
Sim	14	87,5	2	12,5	16	
OAC						0,338
Não	207	97,6	5	2,4	212	
Sim	113	95,8	5	4,2	118	
Dislipidemia						0,693
Não	254	96,6	9	3,4	263	
Sim	66	98,5	1	1,5	67	
ICC						> 0,999
Não	306	96,8	10	3,2	316	
Sim	14	100,0	0	0,0	14	
Tabagismo						> 0,999
Não	242	96,8	8	3,2	250	
Sim	78	97,5	2	2,5	80	
Profetização						0,327
Não	126	98,4	2	1,6	128	
Sim	194	96,0	8	4,0	202	
Média da idade (DP)	57,5 (15,9)		48,8 (19,2)		57,3 (16,0)	0,089*
Total	320	97,0	10	3,0	330	

Resultado do teste exato de Fisher; * Resultado do teste t-Student

Outro fator a ser contemplado, é o uso prévio de medicações para tratamento da dor, não necessariamente dor fantasma, que minimizam e/ou silenciam a sensação dolorosa¹³ e muitas vezes não são considerados.¹⁴ Não

observamos relatos de uso de medicação para esta finalidade no registro dos atendimentos dos pacientes que citaram dor fantasma.

A abordagem da dor fantasma inicia-se com sua caracterização, definição da frequência,

intensidade, fatores de melhora e piora, tratamentos já realizados e resultados obtidos.

A partir daí, e a depender da intensidade e frequência descritas, o tratamento deve ser iniciado com medidas mais simples, como massagem para dessensibilização tátil, enfaixamento elástico para melhora da circulação distal, cinesioterapia passiva para preservação das amplitudes de movimento articular e ativa para fortalecimento muscular e melhora de resistência à fadiga. A abordagem psicoterápica é sempre indicada.³

O uso de medicamentos antidepressivos tricíclicos (amitriptilina), anticonvulsivantes (carbamazepina, gabapentina) e opióides podem ser indicados, de forma isolada ou em uso associado, sempre com doses que devem ser aumentadas gradativamente, a depender da evolução clínica.¹¹

Os critérios para avaliação do sucesso do tratamento devem envolver o uso de diários elaborados pelos pacientes, escalas de avaliação de dor e da qualidade de vida, aplicadas pela equipe de saúde.³

É de conhecimento que a presença de dor compromete de alguma forma o desempenho na tarefa a se realizar;¹² como citado por um dos pacientes, o comprometimento do sono devido aos freqüentes despertares noturnos provocados pela dor. Em nosso estudo, apesar da referência da dor fantasma, oito dos 10 pacientes foram protetizados e usavam suas próteses rotineiramente.

Embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa, os pacientes amputados com dor fantasma eram mais jovens (48,8 anos) que os amputados sem dor fantasma (57,5 anos), considerando a faixa etária mais jovem inserida no grupo da população economicamente ativa, nos quais a reabilitação inclui a possibilidade de retorno ao mercado de trabalho. Pode-se, portanto, inferir que o melhor conhecimento sobre e avaliação da dor fantasma nos pacientes amputados, traria benefícios ao processo de reabilitação, ao ganho de qualidade de vida e à re aquisição de habilidades que permitam a atividade social e laboral a estes indivíduos. Sua abordagem é um dado ainda a ser mais aprofundado dentro da avaliação individual, a fim de ser mais bem tratado e trazer maior chance de sucesso no processo de reabilitação dos pacientes amputados.

Tabela 2. Características dos amputados com e sem dor fantasma (parte 2)

Variável	Dor fantasma				Total
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Etiologia					
Infecciosa	5	100,0	0	0,0	5
Traumática	53	98,1	1	1,9	54
Vascular	253	96,6	9	3,4	262
Tumoral	6	100,0	0	0,0	6
Outras	3	100,0	0	0,0	3
Nível					
Parcial do pé	39	100,0	0	0,0	39
Transbital	138	97,2	4	2,8	142
Desarticulação do joelho	4	80,0	1	20,0	5
Transfemorais	128	96,2	5	3,8	133
Desarticulação do quadril	3	100,0	0	0,0	3
Transcárpica	1	100,0	0	0,0	1
Desarticulação do punho	3	100,0	0	0,0	3
Transradial	2	100,0	0	0,0	2
Transumeral	2	100,0	0	0,0	2
Total	320	97,0	10	3,0	330

CONCLUSÃO

A prevalência de dor fantasma foi baixa entre os amputados estudados do LESF. Sua abordagem precisa ser mais bem estudada dentro da avaliação individual do paciente amputado.

REFERÊNCIAS

1. Sakata RK, Issy AM. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar/UNIFESP Escola Paulista de Medicina: dor. 2 ed. São Paulo; Manole, 2008.

2. Probstner D, Thuler LCS. Incidência e prevalência de dor fantasma em pacientes submetidos à amputação de membros: revisão de literatura. Rev Bras Cancerol. 2006;52(4):395-400.
3. Ramos ACR, Masiero D, Chamlian TR. Amputações. In: Chamlian TR. Medicina física e reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.p.153-64.
4. Nikolajsen L, Jensen TS. Phantom limb pain. Br J Anaesth. 2001;87(1):107-16.
5. Almeida LF, Camargos GV, Corrêa CL. Mudanças reorganizacionais nos córtices somatossensorial e motor em amputados: revisão da literatura. Rev Neuroc. 2009;17(2):146-55.
6. Kalapatapu V, Mills LJ, Eidt JF. Lower extremity amputation. Uptodate 2012. Disponível em: <http://www.uptodate.com/online>. Acesso em: 04/06/2012.
7. Kalapatapu V. Lower extremity amputation. Waltham: UpToDate [cited June 04]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/lower-extremity-amputation?source=search_result&search=Lower+extremity+amputation&selectedTitle=1%7E33
8. Karl A, Birbaumer N, Lutzenberger W, Cohen LG, Flor H. Reorganization of motor and somatosensory cortex in upper extremity amputees with phantom limb pain. J Neurosci.2001;21(10):3609-18.
9. Malhotra V, Hesketh PJ. Various rehabilitation issues in patients treated for cancer. Waltham: UpToDate [cited June 04]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/various-rehabilitation-issues-in-patients-treated-for-cancer?source=search_result&search=Various+rehabilitation+issues+in+patients+treated+for+cancer&selectedTitle=1%7E150
10. Lima KB, Chamlian TR, Masiero D. Dor fantasma em amputados de membro inferior como fator preditivo de aquisição de marcha com prótese. Acta Fisiatr. 2006;13(3):157-62.
11. Ares MJJ. Tratamento medicamentoso da dor fantasma. In: Greve JMD'A. Tratado de medicina e reabilitação. São Paulo: Roca; 2007. p.885-7.
12. Machado APMA, Aguiar FC, Lobo JEO, Miranda LCG, Costa J. Dor em membro fantasma de longa duração: relato de caso. Rev Dor.2009;10(1):82-4.
13. Robinson LR, Czerniecki JM, Ehde DM, Edwards WT, Judish DA, Goldberg ML, et al. Trial of amitriptyline for relief of pain in amputees: results of a randomized controlled study. Arch Phys Med Rehabil. 2004;85(1):1-6.
14. Bajwa ZH, Smith HS, Aronson MD. Overview of the treatment of chronic pain [text on the Internet]. Waltham: UpToDate [cited June 04]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-chronic-pain?source=search_result&search=Overview+of+the+treatment+of+chronic+pain&selectedTitle=1%7E150