



Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Miembro fantasma. Un viejo tipo de dolor con nuevos planteamientos analgésicos / Ghost pain. An old type of pain with new analgesic approaches

Autores / Authors:

Rafael Galvez Mateos

DOI: [10.20986/resed.2026.4266/2026](https://doi.org/10.20986/resed.2026.4266/2026)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Galvez Mateos Rafael. Miembro fantasma. Un viejo tipo de dolor con nuevos planteamientos analgésicos / Ghost pain. An old type of pain with new analgesic approaches. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2026. doi: 10.20986/resed.2026.4266/2026.

Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de pre-publicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la Revista de la Sociedad Española de Dolor.

MIEMBRO FANTASMA. UN VIEJO TIPO DE DOLOR CON NUEVOS PLANTEAMIENTOS ANALGÉSICOS

GHOST PAIN. AN OLD TYPE OF PAIN WITH NEW ANALGESIC APPROACHES

Rafael Gálvez Mateos

Unidad del Dolor. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Este número de *Revista de la Sociedad Española del Dolor* presenta importantes artículos, pero merece la pena centrarse en una revisión realizada por los autores Natalia Botero Jaramillo e Iván Mauricio González Zambrano sobre un cuadro clínico doloroso muy específico denominado “miembro fantasma”, tan frecuente como complejo, y con un tratamiento hasta hace poco tiempo de escasos avances analgésicos. Vale la pena profundizar en su fisiopatología, más conocida en la actualidad y en las nuevas propuestas utilizadas contra el dolor.

El dolor postamputación integra dos posibilidades de dolor bien diferentes, como son el muñón doloroso y, por otra parte, el miembro fantasma (1). El muñón doloroso persistente es una variedad de dolor de componente mixto nociceptivo y neuropático, que persiste en el muñón operatorio por más de tres meses y que a menudo presenta alta intensidad, convirtiéndolo en un dolor difícil de tratar (1). Mientras la mayoría de los pacientes experimentan resolución de su dolor en el muñón en los primeros meses tras una amputación, una minoría (10-23 %) continúa siendo fustigada por este dolor cronificado y de alto impacto emocional, que puede afectar la calidad de vida de los pacientes (1-4).

Este dolor del muñón no debe ser confundido con el dolor por miembro fantasma que aparece en la zona amputada, frecuente en su aparición inicial (85 % pacientes pueden experimentarlo) y que suele disminuir parcialmente con el paso de los meses (5). En ocasiones se superponen los dos tipos de algias, complicando su evolución y resultado analgésico (5,6).

Este artículo desarrolla de forma amplia la diferencia de los dos cuadros clínicos para su correcta identificación y pronto diagnóstico, hace un paso por la fisiopatología del

miembro fantasma y las lesiones residuales detectables en el sistema nervioso central (SNC) en los pacientes que presentan esta patología dolorosa.

Posteriormente se abordan los diferentes tratamientos analgésicos, desde el farmacológico al no farmacológico, basado sobre todo en técnicas de neuromodulación, tanto las no invasivas, de gran impacto psicológico, como otras invasivas.

Se pueden comprobar las diferentes opciones analgésicas para los pacientes con dolor por miembro fantasma y el uso de las mismas según la respuesta y disponibilidad de cada profesional (7,8).

BIBLIOGRAFÍA

1. Richardson C, Glenn S, Nurmikko T, Horgan M. Incidence of phantom phenomena including phantom limb pain 6 months after major lower limb amputation in patients with peripheral vascular disease. *Clin J Pain*. 2006;22(4):353-8. DOI: 10.1097/01.ajp.0000177793.01415.bd.
2. Neil MJE. Pain after amputation. *BJA Education*. 2016;16(3):107-12. DOI: 10.1093/bjaed/mkv028. DOI: 10.1093/bjaed/mkv028.
3. Hsu E, Cohen SP. Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. *J Pain Res*. 2013;6:121-36.
4. Evans AG, Chaker SC, Curran GE, Downer MA, Assi PE, Joseph JT, et al. Postamputation Residual Limb Pain Severity and Prevalence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plast Surg (Oakv)*. 2022;30(3):254-68. DOI: 10.1177/22925503211019646.
5. Jensen TS, Krebs B, Nielsen J, Rasmussen P. Phantom limb, phantom pain and stump pain in amputees during the first 6 months following limb amputation. *Pain*. 1983;17(3):243-56. DOI: 10.1016/0304-3959(83)90097-0.
6. Urits I, Seifert D, Seats A, Giacomazzi S, Kipp M, Orhurhu V, et al. Treatment Strategies and Effective Management of Phantom Limb-Associated Pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(9):64. DOI: 10.1007/s11916-019-0802-0.
7. Nieto-Salazar MA, Alcocer Rondon FA, Blanco Montecino RM, Navarro González K, Domínguez de Ramírez MT, Saldivar Ruiz II, et al. Phantom Limb Pain: Current

Concepts and Treatment Strategies. Open Access J Neurol Neurosurg. 2023;18(2):555982. DOI: 10.19080/OAJNN.2023.18.555982. DOI: 10.19080/OAJNN.2023.18.555982.

8. Culp CJ, Abdi S. Current Understanding of Phantom Pain and its Treatment. Pain Physician. 2022;25(7):E941-E957.

Prepublicado