

los efectos adversos fueron bajos y menores; y la eficacia superior al 50 %. Esta disparidad en parte se explica por la ausencia de una indicación terapéutica adecuada, siendo el dolor neuropático muy interdependiente entre personas y patologías. Los estudios de menor eficacia no presentan ni definen indicadores de resultados claros, siendo heterogéneos entre ellos y carentes de un registro del dolor adecuado. A su vez los estudios de mayor calidad de la evidencia tienen baja validez externa y resulta precipitado extrapolar resultados. La recomendación actual como tratamiento del dolor neuropático no está clara, siendo más plausible su uso cuando se han probado otros tratamientos, en casos de dolor refractario o ante la presencia de signos de sensibilización central y/o cronicidad. En pacientes tratados con polifarmacia, cuyas patologías muchas veces son crónicas o presentan mal pronóstico, puede resultar complejo cuantificar la mejoría clínica en un intento de proporcionar resultados de cantidad y no de calidad. Las escalas de funcionalidad pueden constituir una alternativa válida en estos pacientes, cuya satisfacción puede resultar mayor en la dimensión funcional respecto a las valoraciones unidimensionales del dolor.

Conclusiones: En nuestra serie, la ketamina ha demostrado utilidad como adyuvante en el tratamiento del dolor neuropático en el análisis realizado. Existe una discordancia clínica entre los hallazgos encontrados en las series retrospectivas, como la nuestra, y los ensayos prospectivos. Las limitaciones de nuestra evaluación son resultado de una revisión retrospectiva de la práctica clínica habitual con una amplia heterogeneidad de la muestra. Es necesaria la realización y comparación de estudios prospectivos aleatorizados y randomizados, de mayor tamaño y seguimiento, para validar su uso.

Agradecimientos: Los autores no tienen conflictos de interés.

Bibliografía recomendada:

1. Blonk MI, Koder BG, van den Bemt PMLA, Huygen FJPM. Use of oral ketamine in chronic pain management: A review. *Eur J Pain*. 2010;14:466-72. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/j.ejpain.2009.09.005>
2. NICE Chronic Pain: Oral ketamine [ESUOM27] February 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/advice/esuom27/chapter/Key-points-from-the-evidence>

P-226 APLICACIÓN DEL PARCHÉ DE CAPSAICINA AL 8 % EN PACIENTES CON NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

M. Pedraz Natalías¹, M. del Pueyo Badel Rubio¹, B. Navarro Vicente de Vera¹, P. García Consuegra Tirado¹, A. Callau Calvo¹, C. Marín Zaldivar²

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza;

²Hospital Maz, Zaragoza

Palabras clave: neuralgia del trigémino, capsaicina, dolor neuropático.

Introducción: El parche de capsaicina al 8 % está indicado para el tratamiento del dolor neuropático periférico en adultos. Los estudios realizados han demostrado su eficacia en dolor de este tipo con diferentes etiologías. La neuralgia del trigémino aunque se trata de una neuralgia periférica, no ha sido incluida en la ficha técnica debido a que, al ser altamente irritante, pudiera dañar por proximidad a mucosas de la boca y ojos. En la literatura nos encontramos con 12 casos publicados de aplicación en cara.

Objetivos: Valorar la eficacia terapéutica y la seguridad del parche de capsaicina 8 %, aplicado en la zona afectada de la cara, en pacientes con neuralgia del trigémino, refractarios a otros tratamientos. Así como evaluar la satisfacción, valorar la tolerabilidad y determinar la posible reducción en el coste y en el número de fármacos que el parche genera.

Material y método: Se recogieron todos los pacientes afectados por neuralgia del trigémino remitidos a la unidad del dolor refractarios a tratamientos de 1.ª y 2.ª línea del 1 de enero 2016 al 30 junio del 2018 (n = 31). Previa aplicación del parche se registró: sexo, edad, localización dolor, test DN4, test LANSS, EVA preaplicación. Durante la colocación del parche se protegieron ojos y mucosas y se recogieron efectos secundarios. Al mes de la aplicación se contactó telefónicamente para determinar: EVA postaplicación, evaluar cualitativamente el tratamiento y además se realizó una revisión de historias clínicas para determinar el número de fármacos consumidos y el gasto mensual antes y al mes de la aplicación.

Resultados: De 31 pacientes el 51,6 % fueron mujeres y el 48,8 % hombres, con una edad media $66,8 \pm 14,9$; la 3.ª rama fue la más frecuente afectada de forma independiente. El 80,4 % sufrió efectos adversos, siendo el más frecuente el eritema leve; no se produjeron en ojos o mucosas. El 58,9 % respondió favorablemente al tratamiento y el 71 % indicó un sueño ininterrumpido al mes de la aplicación. La EVA al mes de la aplicación fue significativamente más bajo que el anterior ($p < 10^{-4}$ en la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras pareadas), el 83,4 % experimentó un descenso de la EVA al mes de la aplicación. En el número de fármacos hubo más bajadas (25,8 %) que subidas (13 %), pero en el 61,2 % de los pacientes no hubo cambios, y la diferencia entre el número anterior y posterior no fue estadísticamente significativa ($p = 0,117$). El coste mensual de los fármacos bajó (en hasta 90,00€) en 13 pacientes y subió (en hasta 187,52€) en 8, manteniéndose sin cambios en los restantes 10 pacientes, ($p = 0,728$) variación no significativa estadísticamente.

Discusión: En este estudio se han incluido datos de 31 pacientes que, a pesar de ser una cifra baja, es muy superior a los 12 casos que se refieren en los estudios de la biblio-

grafía consultada. Son pacientes difíciles de obtener ya que son refractarios a los tratamientos existentes.

Los datos epidemiológicos de nuestro estudio concuerdan con la literatura consultada y los efectos secundarios coinciden con los más frecuentes registrados en la ficha técnica, se solventaron con medicación y no impidieron que finalizaran el tratamiento, además con la protección adecuada no se produjeron daños en ojos ni mucosas. La disminución de la EVA en este grupo de pacientes con fracaso de todos los tratamientos existentes supone un "grado de dignidad" en su calidad de vida, además la mayoría valora de forma positiva el tratamiento lo que supone una expectativa optimista. Se aprecia una tendencia a la disminución del número de fármacos y coste al mes, aunque no significativa, esto puede deberse al número de pacientes o a un espacio temporal de recogida de datos inadecuado, ya que la disminución no es inmediata.

Conclusiones: Mediante este estudio hemos visto que en nuestros pacientes se ha producido un descenso significativo de la EVA tras la aplicación del parche de capsaicina al 8 %, además la satisfacción del tratamiento recibido ha sido positiva, a pesar de ser pacientes refractarios a medicaciones habituales. Por ello este estudio sugiere que el parche de capsaicina al 8 % podría convertirse en una posible opción de tratamiento para la neuralgia del trigémino. No obstante son necesarios nuevos estudios, con variables adicionales, mayor número de pacientes y un mayor seguimiento en el tiempo.

Agradecimientos: No existen conflictos de intereses.

Bibliografía recomendada:

1. Pariente Juste L, Serrano Afonso AA, Caro González MC, Domingo Rufes T, Casals Merchan M, Veciana de las Heras M, et al. Resultados sobre la aplicación craneo-facial del parche de capsaicina 8 % en una serie de 5 casos. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016; 23(5): 238-42.

P-227 PARCHES DE CAPSAICINA 8 % PARA EL DOLOR POSTOPERATORIO DE AÑOS DE DURACIÓN

P. Oliver Forniés, B. Moreno Gómez, Y. Durán Luis, C. Aragón Benedí, J. A. Sánchez Tirado, J. Martínez Andreu
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Palabras clave: parche tópico, Qutenza, capsaicina 8 %, dolor postoperatorio.

Introducción: El dolor neuropático periférico (DNP) se origina por una lesión directa del sistema somatosensorial. El parche de Qutenza® libera capsaicina sintética, un agonista selectivo del receptor de potencial transitorio

V1 (TRPV-1), a altas concentraciones (8 %) directamente en el punto de dolor (1). Actualmente, ha demostrado ser no inferior y con una mayor satisfacción del paciente con respecto al tratamiento oral en el DNP (1).

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 70 años que en 2011 es derivado a la Unidad del Dolor desde el servicio de Cirugía General tras cirugía programada de hernia de hiato con toracotomía a nivel T9-10, por dolor postoperatorio con alodinia, acorchamiento, quemazón al roce y una EVA 8/10. Sus antecedentes son hipertrofia benigna de próstata e intervenciones de hernia de hiato, inguinal y menisco. Su tratamiento habitual es Adiro 100.

En consulta, a la exploración física presenta un dolor agudo, opresivo, escozor y quemante, con una EVA máxima 9/10 y mínima 5/10, y con un índice de Lattinen de 13/20 (intensidad: intenso 3; nivel actividad: ayuda frecuente 3; frecuencia: frecuente 2; analgésicos: muchos 3; y horas de sueño: se despierta mucho 2).

Como pruebas complementarias, realizamos un TAC sin objetivar patología. Se diagnostica de dolor neuropático periférico nivel T9-10 posttoracotomía. Planteamos un tratamiento empírico oral y tópico mediante parches de capsaicina 8 % y revisión. En caso de fracaso terapéutico, planificamos realizar infiltraciones o radiofrecuencia intercostales.

Iniciamos Lyrica® 75 mg vía oral/12 h y programamos revisión mensual. A los 3 meses, no conseguimos un control analgésico adecuado y colocamos dos parches (anterior y posterior) de capsaicina 8 % (179 mg) durante 60 min según protocolo. Tras su aplicación, el paciente refiere prurito y se observa enrojecimiento de la zona, sin precisar analgesia.

Después de la primera aplicación de capsaicina 8 %, refiere un control analgésico adecuado durante 2 meses y medio. Por ello, decidimos repetir la colocación de parches cada 3 meses y programar consulta de revisión semestral.

Durante este periodo, conseguimos un control del dolor claro que permitió una mejoría funcional y de la calidad de vida de nuestro paciente. Tras lo cual, nuestro paciente refiere una EVA 1-2/10 al reposo y 4/10 tras actividad, una duración analgésica de 3 meses pero sin conseguir disminuir la zona del dolor.

Durante su seguimiento, aumentamos Lyrica® de 75 hasta 150 mg/12 h con Pontalsic® (37,5 mg de hidrocloreuro de tramadol y 325 mg de paracetamol) de rescate, consiguiendo una disminución del área con dolor.

Después de 8 años, nuestro paciente continúa con la aplicación de 2 parches de capsaicina 8 % cada 3 meses con un control analgésico del dolor neuropático a nivel T9-10 con una buena tolerancia, una adecuada calidad de vida y sin necesidad de aumentar el tratamiento analgésico oral.

Discusión: Según las guías clínicas, el tratamiento de primera línea del DNP es antiepilépticos y antidepresivos.