

color y de temperatura, junto con alteraciones vasomotoras y pseudomotoras, tales como edema, calor, frialdad, cianosis y palidez. El dolor es, generalmente, intenso, continuo, quemante, lancinante, que no mejora con el reposo, con crisis paroxísticas en forma de descargas eléctricas y que se exagera con cualquier estímulo físico o emocional. A medida que el cuadro progresa, van haciendo su aparición las alteraciones tróficas en forma de atrofia y debilidad muscular, con cambios tróficos en la piel y anexos junto con descalcificación ósea. Más adelante puede aparecer atrofia y anquilosis de las articulaciones.

Todos los autores están de acuerdo en que el inicio temprano del tratamiento reduce las posibilidades de cronificación; por ello, aunque las evidencias científicas existentes en estos momentos sobre la utilidad del parche de capsaicina de 179 mg en esta patología son todavía escasas, en el "Consenso experto sobre el uso clínico de los tratamientos por vía tópica en el manejo del DNP" se llegó a la siguiente recomendación clínica: "El inicio temprano del tratamiento con el parche de capsaicina de 179 mg en los pacientes con SDRC reduce las posibilidades de cronificación".

P-238 NEURALGIA DEL TRIGÉMINO TRATADA MEDIANTE PARCHES DE CAPSAICINA 8 %.

J. A. Yáñez Santos, M. J. Fernández-Baena, L. Delange, M. L. Rodríguez-Padilla, M. T. Palomino, M. J. Rodríguez-López

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Palabras clave: trigémino, tratado, con, capsaicina, 8 %.

Introducción: La neuralgia del trigémino (NT) es una enfermedad crónica que afecta a una o más de las ramas del nervio trigémino o V par craneal.

Se caracteriza por ser un cuadro de dolor unilateral, duración breve, similar a una descarga eléctrica, con inicio y finalización rápida.

El dolor se desencadena con un simple roce, durando los ataques entre pocos segundos a minutos.

El diagnóstico se hace, sobre todo, a través de la historia clínica del paciente, por lo que es fundamental la descripción que el paciente hace de su dolor.

La NT se puede subdividir en dos grupos: 1) NT clásica y 2) neuropatía dolorosa trigeminal, que puede ser secundaria a una infección por herpes zóster, un traumatismo, una intervención quirúrgica, esclerosis múltiple o por una lesión intracraneal ocupante de espacio.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 71 años de edad. Desde hace 18 meses presenta un cuadro de dolor en el territorio de la primera rama del nervio trigémino secundaria a una infección herpética.

Durante este tiempo el paciente ha sido tratado por numerosos especialistas (médicos de atención primaria, neurólogos, neurocirujanos, etc.) así como con tratamiento farmacológico e intervencionista, sin resultado en cuanto a alivio del dolor se refiere. Refiere una intensa alodinia en la zona frontoparietal derecha, que le impide lavarse y peinarse, acompañado con crisis lancinantes de dolor en zona frontal y orbicular que el paciente describe como "latigazos eléctricos" que suelen durar unos pocos segundos.

Dada la situación en la que se encuentra el paciente, que vive asustado pensando en cuándo aparecerá la siguiente crisis y su amplio historial médico, se decide en nuestra Unidad tratarlo mediante la colocación de parches de capsaicina de 179 mg.

Se le explica al paciente que dicha medicación NO está indicada en su problema álgido, así como cuáles son los problemas que ello puede comportar. El paciente accede al tratamiento para lo cual firma el consiguiente consentimiento ante testigos.

Se procede a la colocación del parche con unos muy buenos resultados analgésicos. Desaparece la alodinia y las crisis de dolor lancinante se espacian mucho entre ellas. El paciente recupera su vida normal, dejando la medicación que estaba tomando para su dolor.

Pasados cinco meses de la aplicación del parche, el paciente regresa a la Unidad sin cita, solicitando una nueva aplicación del parche de capsaicina al 8 %, porque le

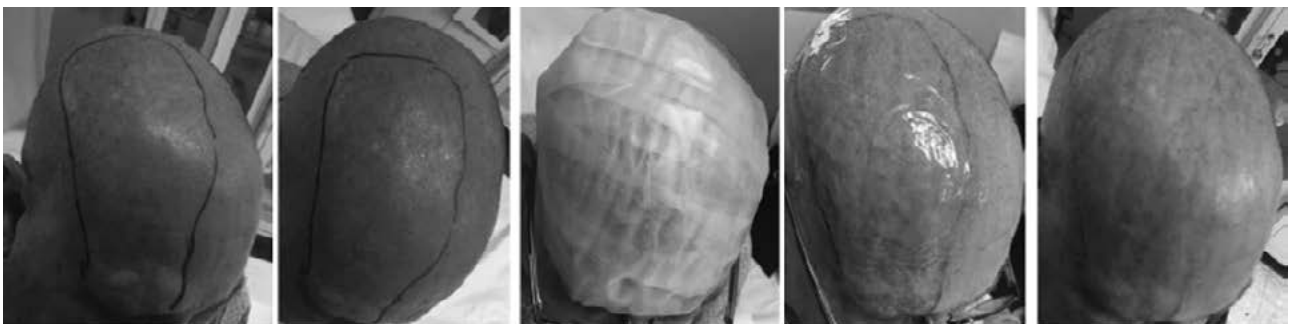


Fig. 2.

está regresando la alodinia y las crisis están volviendo a ser más frecuentes. Se repite la colocación del parche de capsaicina, con los mismos resultados de la vez anterior (perfecta tolerancia a la aplicación y desaparición de sintomatología trigeminal).

Discusión: El parche de capsaicina de 179 mg es un fármaco aprobado por las Agencias Europeas y Española del Medicamento para el tratamiento del dolor neuropático periférico (neuralgia postherpética, diabética, asociada al VIH, etc.), no estando indicada su administración en cuadros de dolor localizados en cabeza y cara por los posibles efectos secundarios de la capsaicina a ese nivel.

La capsaicina es un agonista selectivo y potente del receptor TRPV1 localizado en determinados nervios sensoriales nociceptivos. Durante años se usó la teoría “del agotamiento de la sustancia P” para describir su mecanismo de acción. En la actualidad se sabe que las altas concentraciones de capsaicina sobreestiman al TRPV1, produciendo una liberación masiva de calcio intracelular y una desfuncionalización de las fibras nociceptivas, lo que conduce a una función nociceptora local deteriorada durante periodos prolongados de tiempo.

Si bien en el caso clínico que presentamos no está indicada la aplicación del parche de capsaicina de 179 mg, creemos que una vez agotadas todas las demás posibilidades terapéuticas, explicando intensamente y asumido por parte del paciente tanto los pros como los contras de dicha aplicación, es nuestro deber intentarlo dado los resultados que hemos obtenido en otros pacientes con la aplicación del parche de capsaicina 8 %, también sin indicación de su uso.

P-239 CAPSAICINA 8 % COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN DOLOR NEUROPÁTICO LOCALIZADO POSMASTECTOMÍA

C. Díaz-Alejo Marchante¹, D. Rastrollo Peña², M. R. García Fernández³, M. L. Padilla del Rey⁴, M. Benítez Jimenez³

¹Hospital Universitario Vinalopó, Elche; ²Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz; ³Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia; ⁴Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena

Palabras clave: dolor neuropático localizado, dolor postquirúrgico, dolor posmastectomía, capsaicina, quenza.

Introducción: El dolor es uno de los principales motivos de consulta médica. El dolor neuropático localizado (DNL) es un tipo de dolor neuropático cuya etiología es muy variada. Estudios centrados en alguna causa particular han determinado una prevalencia del 10-50 % (1) para dolor crónico tras cirugía. A pesar de la prevalencia y relevancia del DNL postoperatorio, este sigue siendo un problema que, lejos de tratarse con rapidez, se asume como “normal”, logrando así una sensibilización central además de una mala calidad de vida del paciente.

Caso clínico: Mujer de 75 años que acude a la Unidad de Dolor de nuestro centro por presentar dolor en pecho izquierdo. Presenta hipertensión arterial, diabetes tipo 2, sobrepeso y artrosis degenerativa con tratamiento para todo ello. Además, anticonvulsivantes por cuadro epiléptico secundario a TCE. Antecedentes quirúrgicos de mastectomía radical bilateral hace 5 años.

Durante la anamnesis la paciente refiere molestia en el pecho izquierdo. Al profundizar en ello, comenta hipoestesia, alodinia y calambres en pecho izquierdo y axila desde hace 5 años. No soporta el roce de la ropa ni las sábanas, se despierta por la noche. Realizamos Diagnostic tool con un valor de 4, DN4 con puntuación de 4 y escala numérica del dolor 7/10. Reticente a tomar medicación por presentar mareos como efectos secundarios.

Tras hacer diagnóstico de DNL posmastectomía y valorar las comorbilidades y preferencias de la paciente, se decide iniciar tratamiento tópico con capsaicina 8 % durante 60 min, repitiendo la terapia cada 3 meses según protocolo de nuestro centro. La paciente toleró el primer tratamiento adecuadamente. A los 3 meses de tratamiento, el área de dolor había disminuido entre un 10-15 %, refería dolor 2/10, el sueño había mejorado considerablemente y podía llevar ropa interior.

El segundo tratamiento fue también bien tolerado. En la valoración de los 3 meses la paciente continuaba presentando zona de hipoestesia aunque el área disminuyó en torno a un 30 %. La alodinia ya no le incapacitaba. Refería una puntuación de 1-2/10.

Dados los resultados, la paciente decide no continuar con el tratamiento y solicita el alta voluntaria de la unidad.

Conclusiones: Desde nuestra Unidad creemos de vital importancia la detección precoz del DNL postoperatorio, de tal manera que podamos iniciar su tratamiento con la mayor rapidez posible. De este modo intentamos evitar que se produzca una sensibilización periférica o central que nos dificulte posteriormente su manejo.

La mayor parte de los pacientes en este grupo de dolor son, por un lado, personas en edad laboral que deben continuar su actividad diaria, familiar y social, y por otro, pacientes pluripatológicos y polimedicados en los que debemos evitar las interacciones farmacológicas tanto como sea posible.