

P-161 CAPSAICINA 8 %. NUESTRA EXPERIENCIA

A. Martínez Cortina, L. Gómez Gila, V. Echarri Caro, R. Amores Jareño, L. Gómez Vela, M. J. Salvador Bravo
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

Palabras clave: dolor neuropático, capsaicina, neuralgia.

Introducción: Los parches de capsaicina 8 % están indicados en el tratamiento del dolor neuropático periférico (DNP) en adultos.

La capsaicina, o 6nonenamida, N-[(4-hidroxi-3-metoxifenil) metil]-8-metilo, (6E), es un agonista de elevada selectividad por el receptor de potencial transitorio vaniloide 1 (TRPV1). Su efecto inicial es la activación de los nociceptores cutáneos que expresan TRPV1, que produce dolor y eritema causados por la liberación de neuropéptidos vasoactivos. Tras la exposición a la capsaicina, los nociceptores cutáneos pierden parte de su sensibilidad a diversos estímulos. Estos efectos tardíos se califican a menudo como "desensibilización" y se cree que subyacen al alivio del dolor.

Las alteraciones de los nociceptores cutáneos inducidas por la capsaicina son reversibles y se ha comunicado y observado que la función normal (detección de sensaciones nocivas) se recupera en unas semanas en los voluntarios sanos. Se puede volver a administrar pasados 90 días.

En ensayos clínicos controlados realizados en pacientes con neuropatía asociada al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) dolorosa y neuropatía diabética periférica dolorosa se ha demostrado la eficacia de una sola aplicación de capsaicina 8 % en pies durante 30 min. La eficacia de una sola aplicación en lugares distintos a los pies durante 60 min ha quedado demostrada en ensayos clínicos controlados realizados en pacientes con otras neuralgias.

La reducción del dolor se suele observar en la semana 1 en la neuralgia postherpética (NPH), en la semana 2 en la producida por VIH y en la semana 3 en la neuropatía diabética periférica dolorosa.

Objetivos:

- Controlar el DNP con la aplicación de parches de capsaicina al 8 % en la zona dolorosa.
- Disminuir la administración de medicación vía oral para tratamiento del dolor neuropático que pueden producir secundarismos importantes en los pacientes.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes con DNP a los que hemos tratado con capsaicina 8 %. Desde 2011 hasta 2019. Ciento ochenta pacientes en total.

Las patologías que han respondido al tratamiento son:

- DNP postquirúrgico (esternotomía, toracotomía, herniorrafia, mastectomía, túnel carpiano, cicatriz de EEM, bypass, artrodesis, rodilla, marcapasos y desfibrilador).

- NPH.
- Dolor miembro fantasma tras amputación traumática
- DNP tras lesión nerviosa traumática: ESD, rodilla.
- Neuropatía diabética periférica dolorosa.
- SDR.
- Neuralgia del trigémino.

Resultados: Hemos encontrado efectividad en un 20 % de los pacientes, considerando como tal un descenso de dolor de más del 50 %, lo que les ha permitido disminuir medicación y tener una mejor calidad de vida.

Un 9 % de los pacientes no ha precisado más aplicaciones por control analgésico mantenido en el tiempo, no precisando nuevas aplicaciones.

El paciente que más aplicaciones lleva es de 31 aplicaciones, con buen control analgésico con capsaicina 8 % como único tratamiento analgésico sin alteraciones cutáneas, neurológicas, ni sensoriales por las aplicaciones repetidas del fármaco.

Discusión: El dolor neuropático es un trastorno complejo y difícil de tratar que suele tener un impacto negativo en la calidad de vida del paciente. Se calcula que solo alrededor de un tercio de los pacientes que reciben tratamiento por esta patología obtienen una analgesia adecuada. Los parches de capsaicina al 8 % se aprobaron en primer lugar para el tratamiento de pacientes no diabéticos con dolor neuropático periférico y localizado. Sin embargo, posteriormente recibieron la aprobación para su uso en todos los pacientes con esta patología como tratamiento único o en combinación con otros. En las guías se indica que el tratamiento de elección en la población anciana es la administración tópica por su mejor perfil de seguridad y menor capacidad de interacciones, por lo que se recomienda considerar el uso de parches de lidocaína o parches de capsaicina; con la actual restricción del Ministerio de Sanidad para el empleo de parches de lidocaína a neuralgia postherpética la indicación de parches de capsaicina podría extenderse como tratamiento de primera línea para dolor neuropático periférico, sobre todo en ancianos y pacientes con otras comorbilidades.

Conclusiones: El empleo del parche de capsaicina 8 % es una opción terapéutica efectiva para pacientes con DNP.

- Capsaicina 8 % es un tratamiento de primera elección en el DNP del adulto.
- Es de fácil manejo, seguro y sin interacciones farmacológicas.
- Se puede combinar con otros antineurálgicos.
- Es especialmente útil en poblaciones especiales: ancianos, polimedicados y pacientes con otras comorbilidades.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía recomendada:

1. Allegri M, Barón R, Hans G, Correa-Illanes G, Mayoral Rojals V, Mick G, et al. A pharmacological treatment algorithm for localized neuropathic pain. *Curr Med Res Opin.* 2016;32(2):377-84.
2. Gálvez R, Rivera MV, Pérez C, Micó JA. Guía práctica clínica sobre el tratamiento farmacológico de dolor neuropático periférico en atención primaria. Madrid. Sociedad Española de Dolor (SED), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). 2016.

P-162 TENS TIBIAL POSTERIOR EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR PÉLVICO

B. Pérez Benito¹, B. de la Calle García¹, B. Hernández Sáez², L. Amigo Gil¹, L. Pallas Álvarez¹, C. Palacios Lobato²

¹Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, Valladolid; ²Hospital Clínico Universitario, Valladolid

Palabras clave: TENS, dolor pélvico, tibial posterior.

Introducción: El acrónimo TENS, *transcutaneous electrical nerve stimulation*, se utiliza para denominar la aplicación mediante electrodos de superficie de corriente eléctrica pulsada con finalidad analgésica, siendo la técnica de estimulación eléctrica más empleada como alternativa a los tratamientos analgésicos tradicionales, tales como farmacológicos o quirúrgicos (1).

Según la teoría del *gate control*, la estimulación de las fibras aferentes de gran diámetro, como la producida por el TENS, inhibiría la respuesta producida por las fibras nociceptivas, al activarse las interneuronas situadas en la sustancia gris del asta posterior de la médula espinal. Numerosos estudios lo avalan (1).

Además de a nivel espinal, ya en 1980, Woolf comprobó que el TENS produciría su efecto inhibitorio en ambos niveles, espinal y supraespinal (1).

Existen múltiples estudios sobre el uso del TENS en el nervio tibial posterior para el control de la incontinencia, y algunos de estos estudios refieren haber observado también alivio del dolor en la zona inervada por el pudendo (2). Este caso práctico consiste en la aplicación del TENS sobre el nervio tibial posterior (S2) para la modulación del dolor pélvico (S2, S3 y S4), ambas raíces pertenecientes al plexo sacro (2).

Caso clínico: Mujer de 66 años que acude a la unidad del dolor (finales 2014) derivada del servicio de ginecología por vulvodinia de 15 años de evolución. Molestias referidas sobre todo en la parte externa y anterior de la

vulva con referencia sobre zona inguinal. Dolor predominante en la zona vaginal.

Antecedentes médicos: asma bronquial, dislipidemia, hipotiroidismo, diverticulosis, hernia hiatal, artritis leve no erosiva, gonalgias, prolapso vaginal, cistitis intersticial en tratamiento con instilaciones (hialuronato sódico, condroitín sulfato y cloruro cálcico).

Antecedentes quirúrgicos: amigdalitis.

Alergias: penicilinas, tetraciclinas, quinolonas, AINE.

Evolutivo:

Octubre 2014, infiltración radicular selectiva S3 bilateral.

Diciembre 2014, radiofrecuencia pulsada S3 bilateral.

Mejoría solo los 4 primeros días.

Febrero 2015, radiofrecuencia pulsada S4 bilateral.

Inefectiva.

Abril 2015, no mejoría. Se actualiza tratamiento medicamentoso: paroxetina, dipropionato de beclometasona/fumarato de formoterol dihidrato, tiotropio 5 µg, tiroxina 125 µg, diazepam, omeprazol. Inicia pregabalina en dosis ascendente.

Junio 2015, mejoría con la pregabalina; continuar igual hasta siguiente revisión.

Octubre 2015, no acude a revisión.

Febrero 2016, similar aunque refiere dolor en zona sacra izquierda. Pautado lidocaína 700 mg vía tópica.

Junio 2016, estable.

Diciembre 2016, no acude.

Enero 2017, está bien, se mantiene tratamiento farmacológico.

Abril 2018, tratamiento actual dipropionato de beclometasona/fumarato de formoterol dihidrato, tiotropio 5 µg, tiroxina 100 µg, pregabalina 75/12 h. Exploración compatible con neuropatía del nervio pudendo derecho. Presenta prolapso vaginal por lo que se desestima TENS intracavitario. Se programa infiltración del nervio pudendo derecho.

Mayo 2018, neuroestimulación inefectiva por lo que no se realiza infiltración.

Junio 2018, propuesta de TENS tibial posterior.

Julio 2018, inicia tratamiento con TENS tibial posterior modo N, 250 µs, 20 Hz, 12 sesiones a razón de 2 por semana y 30 min por sesión. Los electrodos se disponen uno en calcáneo y otro 5 traveses por encima del maléolo interno.

Noviembre 2018, mejoría del dolor (EVA 3) y de la incontinencia.

Marzo 2019, reinicia tratamiento con TENS en tibial posterior de mantenimiento (una sesión mensual) al presentar EVA 5.

Conclusiones y discusión: El uso del TENS para tratar el dolor pélvico de la paciente en tibial posterior ha demostrado ser efectivo en la reducción del dolor, aportando además un beneficio respecto a otros problemas (mejoría de la incontinencia urinaria) y permitiendo la reducción de medicación. La literatura existente trata sobre el uso del TENS en tibial posterior para el control de la incontinencia,