

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.

Los opioides y el tratamiento tópico están indicados de segunda línea. La AEMPS indica Qutenza® únicamente en el DNP, solo o en combinación.

Para el DNP, existen un repertorio variado de tratamientos vía oral y tópica como los parches de lidocaína o de capsaicina a baja concentración (0,025-0,075 %) con resultados modestos. Qutenza® ha demostrado una disminución del dolor clínicamente significativa (> 30 %) durante meses en casi la mitad de los pacientes (2). Puede ofrecer una menor latencia, mayor duración, mejor tolerabilidad y menor tasa de interacciones medicamentosas. En nuestro caso, conseguimos un alivio analgésico (> 30 %) después de una única aplicación durante 30-60 min durante aproximadamente 12 semanas (1,2).

Al ser un tratamiento tópico, conseguimos disminuir gran parte de los efectos secundarios y estos suelen ser transitorios, localizados y de menor gravedad. La tasa de incidencia de efectos secundarios es inferior al 5 % y solo el 1 % de los pacientes abandona el tratamiento (2). Los efectos indeseables más comunes son dermatológicos como dolor local, eritema o prurito (1).

Uno de los objetivos de nuestro caso es presentar un caso ilustrativo de un control analgésico exacto de 12 semanas con un alivio de > 30 % en un paciente con DNP.

Conclusiones:

1. El parche de capsaicina 8 % (Qutenza®) proporciona un control analgésico adecuado a largo plazo en pacientes con DNP.
2. La capsaicina 8 % ha demostrado una eficacia no inferior y con menos efectos secundarios que el tratamiento neuropático oral en el DNP.
3. Toda Unidad de Dolor debe tener un protocolo de aplicación del parche Qutenza®.

Agradecimientos: No existen conflictos de intereses.

Bibliografía:

1. Blair HA. Capsaicin 8 % dermal patch: A review in peripheral neuropathic pain. *Drugs*. 2018;78(14):1489-500.
2. Mou J, Paillard F, Turnbull B, Trudeau J, Stoker M, Katz NP. Efficacy of Qutenza® (capsaicin) 8 % patch for neuropathic pain: A meta-analysis of the qutenza clinical trials database. *Pain*. 2013;154(9):1632-9.

P-228 SÍNDROME DE DEJERINE ROUSSY EN UN PACIENTE CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Carbonell Romero, L. Pradal Jarne, B. Albericio Gil, S. Gil Clavero, P. Cía Blasco

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Palabras clave: *síndrome de Dejerine Roussy, HTA, obesidad, riesgo cardiovascular, tratamiento farmacológico.*

Introducción: El dolor de tipo central posterior al accidente cerebrovascular es un dolor neuropático central conocido como síndrome de Dejerine Roussy. Cualquier lesión vascular o enfermedad relacionada con el sistema somatosensorial central que conlleva dolor puede causar estos síntomas y no solo las que afectan al tálamo como se creía antes. Aunque un evento isquémico precede a la mayoría de los dolores centrales después de un accidente cerebrovascular, el dolor también puede ocurrir después de un accidente cerebrovascular hemorrágico que puede ser: hemorragia intracerebral o subaracnoidea. La prevalencia de las alteraciones en la percepción del estímulo después del accidente cerebrovascular es variable, variando entre el 11 y el 85 % de los pacientes con accidente cerebrovascular. Con mayor frecuencia los síntomas comienzan dentro de los primeros 6 meses. Suele ser un dolor agudo, ardiente y punzante, que se acompaña de hiperalgesia y alodinia.

Caso clínico: Varón de 53 años en seguimiento por la unidad del dolor desde febrero del 2019 por presentar un síndrome de Dejerine Roussy.

Antecedentes personales: HTA, SAHS severo (precisa tratamiento con CPAP), obesidad (IMC: 38), hematoma capsulotalámico izquierdo en agosto del 2018. No antecedentes de intervención quirúrgica. Sin alergias medicamentosas conocidas. Exfumador desde hace 25 años. Tratamiento actual: amlodipino 10 mg/cena, hidroclorotiazida 25 mg/desayuno, candesartán 32 mg/desayuno.

Motivo de consulta en la unidad del dolor: paciente con hemorragia capsulotalámica izquierda en agosto del 2018 en contexto de una emergencia hipertensiva, que como consecuencia, presenta hipoestesia y alodinia del hemicuerpo derecho. Acude a la unidad del dolor en febrero del 2019 por presentar dolor tipo quemazón y opresivo en hemicuerpo superior derecho que ha ido en aumento posterior al evento cardiovascular.

Se comienza tratamiento con pregabalina por ser la primera opción farmacológica en estos casos llegando a 150 mg/12 h de forma gradual. No tolera dicha medicación (hinchazón de EEII y dificultad para hablar). En sustitución se ha optado por una combinación de duloxetina 30 mg en desayuno y baclofeno 10 mg por la noche, en seguimiento por la unidad del dolor.

Discusión: En este paciente debemos tener en cuenta los factores de riesgo cardiovascular a la hora de administrar tratamiento. El desencadenante del cuadro fue una emergencia hipertensiva por lo que debemos tener especial cuidado con no elevar la tensión arterial. Este paciente tiene otro factor de riesgo cardiovascular importante, la obesidad. Además refiere haber aumentado su peso en 24 kg tras la hemorragia cerebral. El tratamiento con el que se comenzó, pregabalina, puede aumentar el apetito y puede hacer ganar peso a los pacientes, aunque es la primera elección por ser el único fármaco con indicación en ficha técnica para dolor central. Se necesita un seguimiento