

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, quetenza.

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.

Por este motivo elegimos el tratamiento tópico con capsaicina 8 % como tratamiento de primera línea en los pacientes con DNL, obteniendo por el momento mejorías de entorno al 50 % con tan solo dos aplicaciones separadas con un intervalo de 3 meses.

Discusión: Las guías de la IASP recomiendan el uso de fármacos orales como antidepresivos, anticonvulsivantes o IRSN como primera línea para el tratamiento del DNL, sin embargo, estos solo consiguen un alivio satisfactorio en el 30-40 % de los pacientes, además de tener asociados unos efectos secundarios sistémicos no deseables (2).

El uso de los tratamientos tópicos como la capsaicina 8 % en el tratamiento del DNL presenta un porcentaje no inferior de alivio comparado con pregabalina, aportando además comodidad de su uso al no ser un tratamiento diario, buena tolerancia a sus efectos secundarios locales y una mejoría más rápida que con tratamientos sistémicos.

Bibliografía:

1. Shipton E. Post-surgical neuropathic pain. *ANZ J Surg.* 2008;78(7):548-55.
2. Gilron I. Treatment of neuropathic pain: Antiepileptic and antidepressant drugs educational objectives. En: Sommer C, Raja SN, editores..*Pain.* Washington: IASP Press; 2014. p. 225-37.

P-241 TRATAMIENTO DE LA NEUROPATÍA POSQUIMIOTERAPIA CON PARCHES DE LIDOCAÍNA AL 5 %

A. Cuadrado Mancy, M. D. Bédmar Cruz, M. E. Civeira Marín, J. Olarra Nuel

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada

Palabras clave: neuropatía posquimioterapia, parche, lidocaína, versatis.

Introducción: La neuropatía periférica inducida por quimioterapia (NIQ) es la complicación neurológica más frecuente del tratamiento del cáncer, y afecta aproximadamente a una tercera parte de los pacientes, aunque se observa en el 90 % de aquellos que reciben agentes neurotóxicos. La NIQ deteriora la funcionalidad, compromete la calidad de vida y, frecuentemente, lleva a una reducción y/o suspensión del tratamiento, lo que representa un efecto adverso limitante de dosis de muchos antineoplásicos. Además de los clásicos, agentes nuevos como bortezomib y oxaliplatino presentan un marcado riesgo de neuropatía.

Combatir la NIQ eficazmente es imprescindible para el bienestar de los pacientes y la adherencia al tratamiento quimioterápico.

Caso clínico: Varón de 71 años, diabético de larga evolución insulínica sin afectación de órgano diana, hipertensión arterial, accidente isquémico transitorio a los 40 años, cáncer de próstata estadio IV operado hace 5 años y duodenopancreatectomía cefálica por tumor periampular en tratamiento con pancreatina, ranitidina, olmesartán y taxano.

Tras segundo ciclo de taxano, presenta rigidez en dedos de ambos pies, progresiva, limitando el descanso nocturno por dolor de características neuropáticas. Precisa dormir sentado con los zapatos puestos. Mejora con la bipedestación y calzado ajustado. Se pautan gabapentina (400 mg/8 h), duloxetina en dosis crecientes hasta 60 mg/noche y se disminuyen dosis de taxanos sin mejoría.

Derivado a la unidad del dolor crónico: EVA 8. TEST EQ5D-3L: 11231, VAS 10. En la exploración física presenta marcha normal, sin pérdida de fuerza, reflejos normales, sensibilidad normal. Sin alodinia ni hiperalgesia. Se retira gabapentina y se añade eslicarbazepina (que debe retirarse posteriormente por mareos), y se mantiene duloxetina 60 mg/24 h. Además se pautan parches de lidocaína 5 % para los dedos de los pies con calcetines de compresión, junto con tramadol retard 75 mg los primeros 3 días.

En siguientes consultas refiere mejoría progresiva con parche de lidocaína en ambos pies y duloxetina, sigue con quimioterapia, sin precisar más fármacos para el control del dolor. Refiere un buen descanso nocturno. El paciente fallece por complicaciones asociadas a su proceso de base.

Discusión: La NIQ es una complicación de difícil tratamiento, probando múltiples fármacos combinados con regular resultado. No existen, a día de hoy, ensayos clínicos de calidad comparando diferentes tratamientos en la NIQ.

Los parches de lidocaína 5 % son parches de hidrogel que se administran por vía tópica y bloquean los canales de Na⁺ y las fibras alfa, delta y C pequeñas.

Es tratamiento de primera línea en la neuralgia postherpética y necesita visado para su cobertura por la seguridad social. Cualquier otra indicación está fuera de guía y debe ser sufragada en su totalidad por el paciente.

La Sociedad Española del Dolor y otras sociedades científicas se han pronunciado a favor del aumento de indicaciones de estos parches por su buen resultado en neuralgias periféricas localizadas.

En nuestro caso, el uso del parche de lidocaína permitió suspender fármacos con efectos adversos para el paciente, fue el único tratamiento efectivo para el dolor (permitiendo el descanso nocturno) y permitió continuar con la quimioterapia.

Conclusiones: El parche de lidocaína al 5 % se muestra eficaz en casos de NIQ.