

acompaña de cambios sensoriales, autonómicos, motores y tróficos clasificado en dos tipos, según se haya detectado, alguna lesión nerviosa (tipo II) o dicha lesión nerviosa esté ausente (tipo I). Este suele aparecer tras un episodio lesivo traumático o quirúrgico.

El diagnóstico es básicamente clínico, basándonos en los criterios de Budapest (1) y se hace más específico con pruebas como la gammagrafía ósea: prueba índice. El tratamiento debe ser multidisciplinar (2), combinando psicoterapia y rehabilitación (RHB) con agentes farmacológicos diversos haciendo énfasis en la mejoría funcional. Los bloqueos continuos perineurales pueden ser usados siempre que la severidad del dolor sea un limitante para la restauración funcional.

Describimos dos casos de pacientes con SDRC en quienes se implantó catéter axilar y ciático poplíteo para administrar anestesia regional continua para permitir RHB y terapia física intensiva, para tratar la rigidez articular resultante del SDRC.

**Caso 1:** Paciente varón de 53 años, diestro, maquinista, sin antecedentes médicos de interés, clínica de ocho meses de evolución de dolor, posterior a traumatismo en hiperextensión del 3.<sup>er</sup> dedo de la mano derecha. Presentó capsulitis postraumática posterior y lesión del ligamento colateral IFP de dicho dedo; se manejó inicialmente con férula digital, analgesia oral e inició tratamiento RHB a las 4 semanas del episodio, con magnetoterapia, ultrasonido pulsado, parafina, ejercicios de flexión aislada, baños de contraste y Kenioasetape; desarrolló clínica de SDRC con cambios vasomotores (edema y sudoración), sensitivos (hiperalgesia), cambios tróficos en la piel y uñas, dolor a la palpación de la articulación IFP y limitación funcional por dolor, con severa rigidez postraumática de articulación IFP e IFD. Su tratamiento inicial por clínica del dolor incluyó pregabalina (300 mg/día), clonazepam (0,3 mg/día) bifosfonatos (alendronato 70 mg/semana), sin mejoría y progreso de la rigidez, por lo que se decide ingreso hospitalario durante 15 días para implantación de catéter axilar para realizar tratamiento RHB.

En quirófano se realiza inserción ecoguiada de catéter axilar derecho, que se mantiene con infusión continua de ropivacaína al 0,2 %, y bolos de mepivacaína al 1 % (2/día). El paciente presenta buena evolución en planta, de forma que al alta consigue cierre completo del puño con contacto punta dedo-palma de mano de forma activa con balance articular de MCF e IFP prácticamente libres y sin dolor. En el control a las cuatro y seis semanas después se mantiene evolución favorable.

**Caso 2:** Paciente varón de 51 años, albañil, sin antecedentes médicos de interés, con siete meses de evolución de esguince pie izquierdo grado III, con evolución hacia un SDRC, presentando parestesias y disestesias en cara dorsal del pie, con alodinia en punto de apoyo de los metatarsianos y todo el maléolo interno, eritema e hiperhidrosis en todo el

pie. Presenta rigidez en equino de tobillo-pie izquierdos. La gammagrafía reporta cambios de edema difuso con lesión condral del astrágalo y tenosinovitis difusa.

Remitido a la clínica del dolor por cuadro florido de SDRC, donde es manejado con bloqueos perineurales ciático poplíteo seriados, con lidocaína 1 % de manera ambulatoria: tres, amitriptilina (25 mg/día), DMSO 50 %, tramadol, (150 mg/día).

Se programa para colocación ecoguiada de catéter ciático poplíteo, dejando perfusión continua con ropivacaína al 0,2 % y bolos de mepivacaína al 1 % (2/día) para tratamiento RHB.

El paciente presenta muy buena evolución en planta; al alta los signos de SDRC han mejorado, y se ha conseguido gran mejoría de la movilidad del tobillo con flexión plantar prácticamente completa y flexión dorsal de +10°-15°. En control a las 4 y 6 semanas se mantiene evolución favorable.

**Discusión:** Los dos pacientes de este reporte se presentaron con clínica de SDRC con importante limitación funcional y dolor en la extremidad afectada, que limitaba en grado importante el tratamiento RHB. Aunque recientes revisiones concluyen que hay una falta de rigurosa evidencia del beneficio del bloqueo simpático del nervio periférico para manejo de dolor neuropático, estos pueden ser una alternativa razonable, cuando hay falta de respuesta a la terapia tópica y oral instaurada.

La analgesia administrada mediante un catéter nervioso periférico provoca una analgesia satisfactoria para el paciente, principalmente en casos de limitación por dolor para frenar el avance de la rigidez articular; además la vasodilatación que se produce en el miembro podría favorecer la desaparición temporal o permanente de la clínica de SDRC.

El tratamiento del SDRC y la rigidez articular subsecuente, con RHB intensiva apoyada con analgesia con infusión continua de anestésico local a través de catéteres perineurales, es una alternativa terapéutica válida por explorar sistemáticamente en relación con el enfoque multimodal utilizado de rutina en los pacientes con SDRC.

#### Bibliografía:

1. Wertli MM, et al. PLoS One. 2017;12(3):1-18.
2. Freedman M, et al. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2014;25:291-303.

### P-219 EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DEL PARCHÉ DE CAPSAICINA 8 % EN NUESTRA UNIDAD DEL DOLOR

**M. A. Puebla Martín, E. Rubio Rivas, A. Estuardo Plasencia Ezaine, I. V. de la Rocha Vedia, F. M. Ruiz González, L. Redondo López**

*Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real*

**Palabras clave:** dolor, neuropático, capsaicina.

**Introducción:** El término dolor neuropático (DN) se adoptó para dar nombre al dolor generado en el sistema nervioso central o periférico que aparece sin necesidad de que exista realmente una amenaza/daño. Por lo tanto, el DN es consecuencia de una actividad neuronal anormal secundaria a una enfermedad, lesión o disfunción del sistema nervioso y que aparece como consecuencia del funcionamiento anómalo del sistema que conduce y analiza los estímulos externos dolorosos (nociceptivos). Por otro lado, la capsaicina es el componente picante o irritante de la guindilla, que estimula los nervios del dolor de la piel. A alta concentración de capsaicina sobre la piel se sobreestimulan los receptores neuronales TRPV1 y los desensibiliza e incapacita para responder a la transmisión de estímulos dolorosos en pacientes con DN.

En la Unión Europea, el parche de capsaicina 8 % está aprobado para el tratamiento del dolor neuropático periférico (DNP) en adultos, solo o en combinación con otros medicamentos, siendo así una alternativa de segunda línea para el tratamiento del DNP.

**Objetivos:** Valorar los distintos tipos de diagnósticos en los que se prescribe el tratamiento con parche de capsaicina y su efectividad en general teniendo en cuenta otro tipo de criterios secundarios.

**Material y método:** Realizamos un estudio observacional, abierto, de grupo único desde septiembre 2017 hasta diciembre 2018 con una muestra total de 83 pacientes tratados con parche de capsaicina en los que diferenciaremos 6 etiologías de DNP.

La media de edad de la población del estudio fue 58 años (rango 28-82); el 35 % de los pacientes eran varones.

A la vez, se valoran una serie de criterios añadidos como son:

- La frecuencia o tiempo entre cada aplicación en los pacientes con tratamiento periódico de Qutenza®.
- Porcentaje de pacientes que completaron el tiempo de aplicación del parche según la recomendaciones del producto.
- Porcentaje de cambio en la puntuación de dolor del paciente usando la escala EVA entre la visita basal y el punto álgido de analgesia.

**Resultados:** Con una muestra inicial de 83 pacientes sometidos al tratamiento con parche de capsaicina al 8 %, 50 (60,2 %) pacientes recibieron solo un tratamiento con el parche de capsaicina 8 %, 33 (39,8 %) pacientes recibieron al menos dos o más tratamientos. Durante el tratamiento todos los pacientes de la muestra completaron  $\geq 90$  % de la duración recomendada para la administración del parche. Después de la primera aplicación del parche de capsaicina 8 %, los pacientes que experimentaron buena efectividad (el 39,8 % de los pacientes), reconocieron una reducción del 29 % en la puntuación media de la escala EVA a las 2 semanas después del tratamiento desde la situación basal, ascendiendo este porcentaje hasta el 80 % a las 8 semanas posteriores al tratamiento. El tiempo medio de respuesta al tratamiento es a los 14 días posteriores al mismo y el tiempo entre el primer, segundo, tercer tratamiento fue de 99 días.

Se demostró que en nuestra unidad hay una prevalencia mayor en el tratamiento con parche de capsaicina 8 % en el DN postoperatorio, no existiendo una diferencia muy significativa entre el resto de etiologías diagnósticas. Por otro lado se observa un mayor porcentaje de efectividad de dicho tratamiento en los pacientes diagnosticados de NPH seguido de DN oncológico, DN postoperatorio, DN postraumático, dolor lumbar con componente neuropático y otras neuropatías.

Según los resultados de este estudio, el tratamiento repetido o no con parche de capsaicina al 8 % fue bien tolerado, no provocó deterioro de la sensación cutánea local ni generó ninguna nueva cuestión de seguridad en su aplicación.

**Discusión:** El tratamiento con parche de capsaicina 8 % en pacientes bien seleccionados no genera discusión de su buena efectividad.

**Conclusión:** El parche de capsaicina 8 % 179 mg (Qutenza®) es un tratamiento eficaz para el tratamiento del DNP que proporciona un alivio más una disminución de la alodinia y del DNP localizado pudiendo ser utilizado ante múltiples etiologías diagnósticas teniendo una alta tasa de efectividad tras una buena selección de la patología del paciente.

**Agradecimientos:** El presente estudio fue realizado mediante financiación pública cumpliendo las normas y responsabilidades éticas. Se declara la no existencia de conflicto de intereses.

Etiologías DNP	N.º pacientes	% de efectividad
Neuralgia postherpética	9; 10,84 %	77 %; 7 pacientes
Dolor lumbar con componente neuropático	10; 12,04 %	23 %; 2 pacientes
DN oncológico	13; 15,66 %	69 %; 9 pacientes
DN postoperatorio	30; 36,14 %	66 %; 20 pacientes
DN postraumático	15; 18,07 %	60 %; 9 pacientes
Otras neuropatías	6; 6,97 %	16 %; 1 paciente

**Bibliografía recomendada:**

1. Alcántara Montero A, González Curado A. Estudio abierto, prospectivo, de seguridad, tolerabilidad y función sensorial tras aplicaciones repetidas del parche de capsaicina al 8 % en el tratamiento del dolor neuropático periférico no diabético: estudio STRIDE. *Rev Soc Esp Dolor*. 2017. DOI: 10.20986/resed.2017.3564/2017.
2. European Medicines Agency. Qutenza (capsaicina). Resumen del EPAR para el público general. UK: EMEA; 2009. Ref. doc: EMEA/629172/2009.

**P-221 DOLOR NEUROPÁTICO A NIVEL V3 IZQUIERDO**

**V. Bragado Aguado, E. Herrero Gento, R. Reol Cerón, M. Páez Hospital, M. E. Centeno Robles**  
Hospital Rio Carrión, Palencia

*Palabras clave:* dolor neuropático.

**Introducción:** El dolor neuropático V3 es un cuadro de dolor facial u oral unilateral como consecuencia de una lesión del nervio trigémino, junto con otros síntomas y/o signos clínicos de disfunción de dicho nervio.

**Historia clínica:** Mujer de 62 años, alérgica a amoxicilina, clindamicina, licosamidas y AINE; artralgias por ciprofloxacino, extabaquismo desde hace 23 años, sin hábito enólico. En 2009, hemicolectomía izquierda por cáncer de colon (IIA). En 2017, a raíz de un implante dentario, neuropatía secundaria. Esteatois hepática focal. En tratamiento con pantoprazol, tegretol 200 mg (1/3-0-1/3), duloxetina 30 mg (0-1-0), parches de lidocaína 5 % en zona dolorosa.

**Anamnesis:** Mujer de 62 años, derivada desde servicio de Neurología por dolor de características neuropáticas a nivel de región mandibular izquierda, tras implante dental en mayo, con clara relación desde ese momento. El dolor no es neurálgico, aunque sí claramente neuropático. Acude tras valoración por cirugía maxilo-facial, por granuloma bucal y extracción de implante. EVA máximo: 8; EVA mínimo: 4; EVA actual: 4.

**Exploración física:**

*Exploración general y signos vitales:* buen estado general, pero álgico. Paciente normocoloreada y normohidratada. PA: 125/70 mmHg, FC: 68 lpm, satO<sub>2</sub>: 98 %, FR: 16 rpm, peso: 70 kg, altura: 160 cm.

*Exploración cardiorrespiratoria:* ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin matidez; distensibilidad y expansibilidad conservadas.

*Exploración neurológica:* consciente, orientada, pupilas isocóricas, fotorreactivas, Glasgow 15. Hiperalgnesia en región mandibular izquierda, acompañada de alodinia, sensación de adormecimiento en área de lesión sensibilidad

conservada. Dolor de características neuropáticas. Articulación temporomandibular normal.

*Exploración abdominal:* abdomen globoso a expensas de tejido celular subcutáneo, no dolor a palpación, no visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes.

*Exploración de la marcha y aspecto columna vertebral:* sin datos de relevancia clínica.

**Pruebas complementarias:** *Estudios neurofisiológicos:* conducción nerviosa periférica normal, sin alteraciones significativas. EMG de extremidades superiores: dentro de los criterios de normalidad.

*Análisis de sangre:* descarta proceso infeccioso. Hb 14, Hto 33,7; 4.800 leucocitos, ANA negativo, factor reumatoide negativo, glucemia: 97.

*RMN cerebral:* sin alteraciones significativas.

**Diagnóstico:** Dolor neuropático V3 izquierdo.

**Tratamiento:** Se programa para poner parche de capsaicina 8 % y se pauta amitriptilina en dosis ascendentes hasta llegar a 25 mg/24 h.

**Evolución:** Buena respuesta, experimentando mejoría de clínica; pudiendo hacer vida más o menos normal.

**Discusión:** La capsaicina es un alcaloide derivado de las guindillas con una larga historia de uso en la práctica médica. Su función es la depleción de sustancia P de las fibras amielínicas C. Es un agonista de alta selectividad por el receptor vaniloide 1 de los canales de potencial receptor transitorio (TRPV1). El efecto inicial de la capsaicina es la activación de los nociceptores cutáneos que expresan TRPV1. Tras la exposición a capsaicina, los nociceptores cutáneos pierden parte de su sensibilidad a diversos estímulos.

El tratamiento tópico con capsaicina al 0,075 % está indicado para el alivio de dolor moderado a severo en la neuropatía diabética dolorosa que interfiere en las actividades diarias y que no haya respondido a otro tratamiento. El tratamiento segmentario transcutáneo con parches de capsaicina 8 % está indicado para tratamiento de dolor neuropático periférico en adultos no diabéticos, solo o en combinación con otros medicamentos para el dolor.

Con este tratamiento se aprecia una importante mejoría de EVA, superior a un 30 %. El coste anual del tratamiento con los parches de capsaicina es similar al de los parches de lidocaína cuando ambos se emplean en su dosis mínima y más costosos cuando ambos se emplean a dosis máxima.

La efectividad del tratamiento consigue la disminución del uso de tratamientos coadyuvantes; por tanto, a medio o largo plazo podría disminuir el coste del tratamiento de dolor neuropático.

El uso de capsaicina transcutánea está limitado a unidades acreditadas, ya que se precisa de formación previa para su administración, así como de un visado específico por parte de Inspección Médica. Se presenta, por tanto, como una nueva alternativa terapéutica válida en procesos diferentes al uso clínico de ficha técnica que incluye dolores neuropáticos rebeldes a otros tratamientos.