

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.