

de más de 90 años que han tenido una erupción de herpes zóster. Generalmente se manifiesta tras la resolución de las lesiones dérmicas, aunque en algunos casos la NPH puede ocurrir meses o años después de la resolución del evento inicial. Complicaciones tales como ictus, encefalitis o mielitis son relativamente raras mientras que la afectación oftálmica trigeminal resulta más frecuente y su padecimiento repercute de forma grave en la calidad de vida de las personas que lo padecen. La edad, la presencia de pródromos severo en el herpes zóster, así como el dolor intenso y lesiones en la fase aguda se consideran factores de riesgo para padecer neuralgia postherpética.

El manejo de la neuralgia trigeminal resulta con frecuencia complejo; se han propuesto diversas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas con beneficio variable. El tratamiento farmacológico incluye anticonvulsivantes, inflamatorios no esteroideos, antidepressivos y opioides. Se investiga continuamente buscando nuevas propuestas terapéuticas, como es el caso de la toxina botulínica tipo A (TBA) que tiene aprobadas en ficha técnica todas o alguna de las indicaciones siguientes: tratamiento de la espasticidad, blefaroespasma, tortícolis espasmódica, vejiga hiperactiva, hiperhidrosis axilar y migraña crónica. Conforme aumenta el conocimiento práctico en el manejo de la TBA, se van ampliando los usos de la misma incluyendo el tratamiento del dolor de distinta naturaleza nociceptiva o neuropática. El mecanismo subyacente no está totalmente aclarado, aunque se considera que actúa mediante bloqueo de la transmisión nerviosa a nivel del nociceptor, inhibición de neurotransmisores responsables de inflamación neurogénica y la prevención de sensibilización central y periférica (1). La primera publicación acerca del beneficio analgésico de la TBA en el tratamiento de la neuralgia trigeminal se debe a Micheli y cols. en 2002 (2). A partir de entonces se han ido publicando pequeños ensayos clínicos con resultados prometedores en el alivio del dolor neuropático por neuralgia trigeminal diabética, de origen traumático o polineuropatía. Recientemente Hu realizó una revisión sistemática valorando el beneficio de la TBA en neuralgia trigeminal concluyendo que la mejoría del dolor fue del 60-100 % en el 70 y 100 % de los casos sin efectos adversos reseñables (3). La aplicación de la toxina se efectúa intradérmica o subcutánea/submucosa según el principio de "seguir al dolor", esto es, en la zona dolorosa inoculando 2,5-5 U por punto. El número de puntos es variable en función de la extensión del área dolorosa de manera que las dosis recogidas en la literatura oscilan entre 20 y 190 U. La distancia entre los puntos de inoculación es de 1-1,5 cm y no hay diferencia de resultados en función de las dosis aplicadas. La mejoría clínica se produce en los primeros 3-7 días; se considera pacientes respondedores aquellos en los que desciende la puntuación del dolor en escala analógico visual más del 50 %. Los periodos de seguimiento son variables, aunque existe consenso en que la duración del beneficio terapéu-

tico es mayor que la descrita para la relajación muscular habiendo casos de alivio completo por espacio de 2 años. El alivio del dolor se traduce en mejora de la calidad de vida percibida y las manifestaciones psíquicas relacionadas con el dolor (ansiedad, depresión, calidad del sueño).

En el caso de la neuralgia postherpética existen dos ensayos clínicos aleatorizados doble ciego (4,5), con resultados favorables en cuanto a porcentaje de respondedores y duración del beneficio (seguimiento de 3-4 meses).

El caso presentado, además de tener interés por la afectación neurológica multifocal, cumple los estándares del beneficio de la TBA en neuralgia postherpética hasta la fecha conocidos. Probablemente en un futuro próximo su empleo forme parte del arsenal terapéutico habitual en el tratamiento del dolor neuropático localizado de nuestros pacientes.

M. R. Beseler-Soto, L. Micó-Giner¹,

A. Renau-Escrig¹ y P. Fenollosa-Vázquez²

Medicina Física y Rehabilitación. ¹Medicina Interna.

²Unidad del Dolor. Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia.

Bibliografía

1. Intiso D, Basciani M, Santamato A, Intiso M, Di Rienzo F. Botulinum toxin type A for the treatment of neuropathic pain in neuro-rehabilitation. *Toxins* 2015;(7):2454-80.
2. Micheli F, Scorticati MC, Raina G. Beneficial effects of botulinum toxin type a for patients with painful tic convulsif. *Clin Neuropharmacol* 2002;25(5):260-2.
3. Hu Y, Guan X, Fan L, Li M, Liao Y, Nie Z, et al. Therapeutic efficacy and safety of botulinum toxin type A in trigeminal neuralgia: A systematic review. *J Headache Pain* 2013;21;14:72.
4. Xiao L, Mackey S, Hui H, Xong D, Zhang Q, Zhang D. Subcutaneous injection of botulinum toxin a is beneficial in postherpetic neuralgia. *Pain Med* 2010;11:1827-33.
5. Sotiriou E, Lallas A, Lazaridou E, Ioannides D. Botulinum toxin A in postherpetic neuralgia: A parallel, randomized, double-blind, single-dose, placebo-controlled trial. *Clin J Pain* 2013;29(10):857-64.

Analgesia epidural continua para trabajo de parto en una paciente con polineuropatía desmielinizante periférica

Sr. Director:

Las polineuropatías constituyen un grupo heterogéneo y complejo de enfermedades, con una prevalencia del 2-8 % en adultos, que tienen en común la afectación simétrica

y difusa de los nervios periféricos. Se caracterizan por la presencia de síntomas motores, sensitivos tanto positivos (parestias, disestesias, alodinia, dolor) como negativos (hipoestesia), y disfunción autonómica en grado variable (1).

La elección de la técnica anestésica en pacientes con alteraciones neurológicas preexistentes representa un reto para el anestesiólogo, y más aún en aquellas situaciones en las que la principal finalidad de la técnica es proporcionar confort mediante el alivio del dolor. Presentamos un caso de analgesia epidural para trabajo de parto en una paciente afectada de polineuropatía periférica sensitivo-motora familiar de carácter desmielinizante.

Caso clínico

Primigesta de 28 años de edad con antecedente de polineuropatía desmielinizante generalizada en las cuatro extremidades de carácter familiar, que ingresó en la sala de maternidad de nuestro hospital en la semana 40 de la gestación por rotura de membranas. Embarazo de curso normal, bien controlado.

Iniciado el periodo activo del parto con normalidad. Se avisó al Servicio de Anestesia para valorar la posibilidad de analgesia epidural. La bioquímica básica, hemograma y estudio estándar de coagulación no presentaron alteraciones. El caso se analizó por dos anestesiólogos que, tras valorar la información disponible y asegurarse de que la paciente comprendía los riesgos y beneficios del procedimiento, tomaron la decisión conjunta de realizar la técnica. La localización y cateterización del espacio epidural se realizó sin incidencias, al primer intento, sin que en ningún momento la paciente percibiera parestias. Iniciada la perfusión de anestésico local (l-bupivacaína al 0,15 % a 10 ml/h) se obtuvo un nivel analgésico T10 completamente satisfactorio. Siete horas y media después se produjo el parto siendo éste distócico y con necesidad de instrumentación para acortar el expulsivo, sin otras incidencias. Finalizado el parto y el alumbramiento, se retiró el catéter, recuperando el nivel sensitivo con normalidad.

Tras 48 horas de hospitalización la paciente recibió el alta sin haber presentado sintomatología neurológica de ningún tipo y expresando un alto grado de satisfacción con la asistencia recibida.

Discusión y conclusiones

La búsqueda bibliográfica de casos de características similares al nuestro arroja resultados escasos y mayoritariamente referidos a anestesia subaracnoidea. En nuestra revisión de la literatura únicamente encontramos un caso clínico publicado en 2002 en el que se reportó un bloqueo epidural

continuo en una gestante con polineuropatía crónica desmielinizante para analgesia durante el trabajo de parto (2) sin que se presentase ninguna complicación.

No se encuentran recomendaciones claras en la literatura: clásicamente se han citado las alteraciones neurológicas preexistentes como contraindicación relativa de las técnicas neuroaxiales por considerarse factor favorecedor de la aparición de complicaciones, así como por la posible confusión al identificar la causa de un empeoramiento de la clínica neurológica en caso de ocurrir ésta después de una anestesia locorreional. El temor a que un deterioro clínico de otro origen pueda ser atribuido a la técnica anestésica con las implicaciones médico-legales que se puedan derivar, es un factor condicionante muy importante.

En cuanto a los mecanismos fisiopatológicos implicados en la aparición de complicaciones neurológicas, se citan: la isquemia, la compresión, el trauma directo por la aguja y la neurotoxicidad de los anestésicos locales (3). En pacientes con disfunción neurológica subyacente la resistencia a la acción de estos mecanismos, en especial la neurotoxicidad, puede ser menor que en pacientes sanos, presentando los primeros un umbral más bajo para la aparición de lesiones. Esta mayor susceptibilidad ha sido comprobada en modelos experimentales con animales (4).

Aunque no existen ensayos clínicos controlados, un estudio retrospectivo de 567 pacientes con polineuropatía periférica sensitivo-motora o polineuropatía diabética sometidos a técnicas neuroaxiales halló un incremento del riesgo de aparición o agravamiento del déficit neurológico (riesgo 0,4 %, IC 95 % 0,1-1,3 %) (5).

En conclusión, la literatura existente no es suficiente para confirmar ni para refutar la seguridad de anestesia neuroaxial en pacientes con neuropatía periférica, por lo que la decisión debe individualizarse en cada caso mediante una evaluación cuidadosa de los riesgos y los beneficios. Si se decide llevar a cabo la técnica locorreional, parece prudente hacerlo de la manera más atraumática posible, evitando las parestias, la adrenalina y los anestésicos locales en concentraciones elevadas para minimizar el riesgo de lesión por trauma directo, la isquemia y la neurotoxicidad. Sería, asimismo, deseable la comunicación de más casos clínicos relacionados con este tipo de situaciones.

B. Bardisa de la Iglesia, A. Guerri Cebollada, V. Domingo Triado¹, M. Pasek e I. Renart López²
Médico Adjunto del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Francesc de Borja. Gandía. Valencia. ¹*Jefe del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia.* ²*Jefa del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Francesc de Borja. Gandía. Valencia.*

Bibliografía

1. Características clínicas de las polineuropatías. Recuperado en marzo de 2015 de www.neurowikia.es
2. Vleclikovic IA, Leicht CH. Patient-controlled epidural analgesia for labor and delivery in a parturient with chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27(2):217-9.
3. Carrascosa AJ, Molina JA. Complicaciones neurológicas de los bloqueos perimedulares en anestesia regional. *Rev Neurol* 1999;29:572-9.
4. Selander D. Neurotoxicity of local anesthetics: Animal data. *Reg Anesth* 1993;18:461-8.
5. Hebl JR, Kopp SL, Schroeder DR, Horlocker TT. Neurologic complications after neuraxial anesthesia or analgesia in patients with preexisting peripheral sensorimotor neuropathy or diabetic polyneuropathy. *Anesth Analg* 2006;103(5):1294-9.

FE DE ERRATAS

El artículo titulado “Randomized clinical trial of dexketoprofen/tramadol 25 mg/75 mg in moderate-to-severe pain after total hip arthroplasty”, escrito por H. J. McQuay, R. A. Moore, A. Berta, O. Gainutdinovs, B. Fülesdi, N. Porvaneckas, S. Petronis, M. Mitkovic, L. Bucsi, L. Samson, V. Zegunis, M. L. Ankin, M. Bertolotti, B. Pizà Vallespir, S. Cuadripani, M. P. Contini y A. Nizzardo, que fue publicado en el número de septiembre-octubre de 2015 de la RESED, ha sido retirado de la Revista de la Sociedad Española del Dolor, ya que fue publicado por error.