

## Dolor neuropático localizado postquirúrgico.

**Yaiza Beatriz Molero Díez\*, Miguelina Eugenia Michel Tactuk\*, Raquel Sanchis Dux\*, Judith Macia Abraham\*, Jesús Javier Cuello Azcárate\*\*,**

\*MIR. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

\*\*LES. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Virgen de la Concha. Zamora (España)

**Correspondencia:** Yaiza Beatriz Molero Díez: yaizabeatrizm@gmail.com

### RESUMEN

#### Exposición del caso.

Mujer de 54 años de edad. Intervenida quirúrgicamente de meningioma C7-D1, síndrome del túnel carpiano, cesárea y apendicetomía en la juventud. Actualmente es portadora de prótesis de cadera total izquierda y derecha (intervenida en los años 2014 y 2016 respectivamente).

Acudió a la consulta de Dolor Crónico, por dolor persistente sobre cicatriz quirúrgica de la artroplastia realizada en la cadera derecha.

A la exploración física destacaba una cicatriz quirúrgica con buen aspecto, sin signos inflamatorios ni trastornos tróficos. Sensación de alodinia e hiperalgesia intensa en la zona media de la cicatriz quirúrgica de la artroplastia derecha.

#### Diagnóstico.

Se diagnosticó a la paciente de dolor neuropático localizado. Se aplicó el parche de capsaicina al 8% sin ninguna complicación. En la revisión de Diciembre 2019, la paciente refirió gran mejoría.

#### Discusión.

El dolor neuropático es muy complejo y se define como un dolor crónico secundario a una lesión, cambio patológico o enfermedad del sistema

nervioso o somatosensorial, tanto a nivel central como periférico.

El tratamiento convencional para el dolor neuropático suele realizarse inicialmente con fármacos anticonvulsivantes o antidepresivos, con un comienzo de acción lento, varias tomas diarias y múltiples ajustes de dosis que puede provocar efectos secundarios sistémicos.

El parche de capsaicina 8% supone un avance más en el intento de controlar el complejo y difícil dolor neuropático localizado.

### PALABRAS CLAVE

Dolor neuropático. Parche de capsaicina. Sustancia P.

### ORIGINAL

#### Exposición del caso.

Paciente mujer de 54 años de edad, con antecedentes de trastorno depresivo, actualmente sin tratamiento, hiperlipidemia en tratamiento con rosuvastatina, hipertensión arterial (HTA) tratada con ramipril con buen control de la misma, espondilolistesis L4-L5 y coxoartrosis. Intervenida quirúrgicamente de

meningioma C7-D1 hace 15 años, prótesis de cadera total izquierda y derecha en los años 2014 y 2016 respectivamente, síndrome del túnel carpiano, cesárea y apendicetomía en la juventud.

Acudió a la Consulta de Dolor Crónico, remitida desde Servicio de Traumatología por dolor persistente sobre cicatriz quirúrgica.

En la primera visita, en Diciembre 2018, la paciente refería dolor sobre la cicatriz de la artroplastia realizada en la cadera derecha en el año 2016. Aproximadamente, tras 18 meses de la intervención quirúrgica la paciente comenzó con un cuadro de dolor con características neuropáticas, con alodinia e hiperalgesia en dicha zona. El dolor dificultaba el sueño e interfería en las actividades de la vida diaria. En la escala visual numérica (ENV) refería una puntuación de 10 cuando realiza alguna actividad y de 8 en reposo (EVN 10/8)

La gammagrafía estaba dentro de la normalidad, en la resonancia magnética (RM) lumbar se apreciaba anterolistesis grado I de L4 sobre L5 en relación a espondiloartrosisinterapofisaria, ya conocida, y la electromiografía estaba dentro de los límites normales, sin signos de radiculopatía aguda en los miotomos explorados (L4-L5-S1 derechos)

Previo a la visita a nuestro Servicio, su médico de atención primaria pautó un tratamiento con fentanilo transdérmico (Durogesic®) 75µg/ cada 72 horas, ibuprofeno 600mg/cada 8 horas, lormetazepam y diazepam, sin mejoría destacable.

A la exploración física destacaba una cicatriz quirúrgica con buen aspecto, sin signos inflamatorios ni trastornos tróficos. Sensación de alodinia e hiperalgesia intensa en la zona media de la cicatriz quirúrgica de la artroplastia derecha.

### **Diagnóstico.**

Se diagnosticó a la paciente de dolor neuropático localizado.

Se retiró progresivamente el parche de fentanilo, el antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y las benzodiazepinas. Se introdujo amitriptilina 10mg vía oral por la noche. Se propuso el empleo de parches de lidocaína sobre cicatriz durante 12 horas

Se citó a la enferma para revisión 6 meses después.

En Mayo de 2019, se había retirado el parche de lidocaína por escasa mejoría. Se propuso una nueva estrategia de tratamiento con un parche de capsaicina al 8% (Qutenza®), que la paciente acepta.

En Octubre de 2019 se aplicó el parche de capsaicina al 8% sin ninguna complicación.

En la revisión de Diciembre de 2019, la paciente refirió gran mejoría, con disminución de la hiperalgesia y la alodinia, y una intensidad máxima en la EVN de 4 y mínima de 0.

### **Discusión.**

El dolor neuropático es muy complejo y se define como un dolor crónico secundario a una lesión, cambio patológico o enfermedad del sistema nervioso o somatosensorial, tanto a nivel central como periférico[1]. El dolor neuropático localizado se describe como un tipo de dolor neuropático que se caracteriza por áreas consistentes y circunscritas de dolor máximo[2].

Afecta aproximadamente a un 7-8% de la población europea y su diagnóstico se basa en una serie de síntomas característicos, con alteraciones en la percepción y una historia clínica compatible. Se trata de una condición dolorosa crónica que suele ser difícil de tratar, ya que el manejo estándar con analgésicos convencionales no es efectiva, se estima que sólo una tercera parte de estos pacientes reciben un tratamiento específico y obtienen una analgesia adecuada[3].

En el caso de nuestra paciente, el dolor neuropático se produjo tras la intervención quirúrgica de la prótesis total de cadera.

El tratamiento convencional para el dolor neuropático suele realizarse inicialmente con fármacos anticonvulsivantes o antidepresivos, como pueden ser la gabapentina o amitriptilina. El comienzo de acción lento, precisan varias tomas diarias y múltiples ajustes de dosis, y pueden provocar efectos secundarios sistémicos que conlleven al abandono de la medicación por parte del paciente[4].

El parche de capsaicina 8% es capaz de neutralizar los receptores de la sustancia P mediante un agotamiento de sus reservas, hace que los nervios sean “insensibles” a los mensajes de dolor, y supone un avance más en el intento de controlar el complejo y difícil dolor neuropático localizado.

La capsaicina es una sustancia alcaloide del pimiento *capsicum* favorece la liberación e inhibición de la biosíntesis de la sustancia P[5].

Su mecanismo de acción se fundamenta en la estimulación de las neuronas de las fibras C, induce la liberación de sustancia P hasta deplecionarla, con lo que se produciría un fenómeno de desensibilización[6].

Son múltiples los estudios que demuestran el beneficio en el control del dolor neuropático con la aplicación de este parche. El más relevante es el estudio ELEVATE[7], publicado en el año 2015, en el cual se ponía de manifiesto que el parche de capsaicina 8% podría ser otra opción terapéutica para los pacientes con dolor neuropático, ya que proporcionó un alivio del dolor no inferior a pregabalina, con menos efectos secundarios sistémicos y una mayor satisfacción ante el tratamiento.

El parche se debe colocar sobre la piel, bajo supervisión médica o de enfermería, de manera ambulatoria. Antes de aplicar el mismo se debe lavar la zona con agua y jabón y secar bien, así como “dibujar” y rasurar la zona para eliminar el vello donde se va a colocar. Puede ser necesario el uso de guantes e incluso mascarilla y gafas de protección porque puede producir tos, escozor o estornudos. El tiempo que debe permanecer el apósito en contacto con el cuerpo va desde los 30 a los 60 minutos dependiendo de la zona a tratar y es normal que la piel escueza o se enrojezca. Para finalizar el tratamiento se retira el parche y se aplica sobre la zona un gel limpiador que posteriormente se retira[8].

La indicación de los parches de capsaicina son los dolores neuropáticos localizados, particularmente si se acompañan de hiperalgesia, fundamentalmente en la neuralgia postherpética, actualmente, su uso está descartado en otros tipos de dolores neuropáticos.

La aplicación de los parches de capsaicina al 8% ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del dolor neuropático localizado, por lo que constituye una

alternativa terapéutica en este tipo de dolor frente al tratamiento convencional oral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Treede R-D, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al. Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*. 2008;70(18):1630-5.
2. Mick G, Baron R, Finnerup NB, Hans G, Kern K-U, Brett B, et al. What is localized neuropathic pain? A first proposal to characterize and define a widely used term. *Pain Manag*. 2011;2(1):71-7.
3. Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ. The Epidemiology of Chronic Pain of Predominantly Neuropathic Origin. Results From a General Population Survey. *J Pain*. 2006;7(4):281-9.
4. Jensen TS, Madsen CS, Finnerup NB. Pharmacology and treatment of neuropathic pains. *Curr Opin Neurol*. 2009;22(5):467-474.
5. Hokfelt T, Kellerth J, Nilsson G, Pernow B. Substance p: localization in the central nervous system and in some primary sensory neurons. *Science*. 1975;190(4217):889.
6. Vidal MA, Calderón E, Román D, Pérez-Bustamante F, Torres LM. Capsaicina tópica en el tratamiento del dolor neuropático. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11(5):306-18.
7. Haanpää M, Cruccu G, Nurmikko TJ, McBride WT, Axelrad AD, Bosilkov A, et al. Capsaicin 8% patch versus oral pregabalin in patients with peripheral neuropathic pain. *Eur J Pain*. 2016;20(2):316-28.
8. Qutenza 179mg cutaneous patch - Summary of Product Characteristics (SmPC) - (emc) [Internet]. [citado 10 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.medicines.org.uk/emc/medicine/23156>