

**FORMACIÓN MÉDICA****Ultimos avances en el tratamiento especializado de dolor neuropático**

Esparza Miñana JM (1), Villanueva Pérez VL (2), Vicedo Lillo R (3), López Alarcón MD (2), Honrubia Gozalves E (2), de Andres Ibañez J (2).

(1)Hospital de Manises, Valencia.

(2)Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

(3)Hospital de la Plana Vila-Real, Castellón.

Resumen

El dolor neuropático es un grupo heterogéneo de condiciones dolorosas causadas por lesión o enfermedad del sistema nervioso central o periférico. La Asociación Internacional de Estudio del Dolor (IASP) lo definió como "el dolor que sigue a una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso central o periférico".

Recientemente, esta misma asociación lo ha redefinido como "aquel que se presenta como consecuencia directa de lesión o enfermedad y que afecta al sistema somatosensorial".

A menudo tiene un impacto negativo sobre la salud mental y sobre la calidad de vida. Existen varias líneas farmacológicas para el tratamiento del dolor neuropático: antidepresivos, antiepilépticos y opioides conforman el tratamiento clásico. También disponemos de técnicas intervencionistas que habitualmente se aplican en pacientes con dolor neuropático rebelde a tratamiento farmacológico (bloques nerviosos periféricos, radiofrecuencia, toxina botulínica, etc.).

Debido a que muchos de los pacientes están tratados con un único tratamiento pero no llegan a obtener alivio satisfactorio del dolor, las guías clínicas enfatizan que se pueden beneficiar del uso de combinaciones de medicaciones eficaces. Sin embargo, a pesar de estas estrategias, en ocasiones ni la combinación de tratamientos farmacológicos orales ni el uso de técnicas intervencionistas es totalmente eficaz.

Introducción

El dolor neuropático es un grupo heterogéneo de condiciones dolorosas causadas por lesión o enfermedad del sistema nervioso central o periférico¹. La Asociación Internacional de Estudio del Dolor (IASP) lo definió como "el dolor que sigue a una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso central o periférico".

Recientemente, esta misma asociación lo ha redefinido como "aquel que se presenta como consecuencia directa de lesión o enfermedad y que afecta al sistema somatosensorial"².

A menudo tiene un impacto negativo sobre la salud mental y sobre la calidad de vida. Existen varias líneas farmacológicas para el tratamiento del dolor neuropático: antidepresivos, antiepilépticos y opioides conforman el tratamiento clásico. También disponemos de técnicas intervencionistas que habitualmente se aplican en pacientes con dolor neuropático rebelde a tratamiento farmacológico (bloques nerviosos periféricos, radiofrecuencia, toxina botulínica, etc.).

Debido a que muchos de los pacientes están tratados con un único tratamiento

pero no llegan a obtener alivio satisfactorio del dolor, las guías clínicas³ enfatizan que se pueden beneficiar del uso de combinaciones de medicaciones eficaces. Sin embargo, a pesar de estas estrategias, en ocasiones ni la combinación de tratamientos farmacológicos orales ni el uso de técnicas intervencionistas es totalmente eficaz.

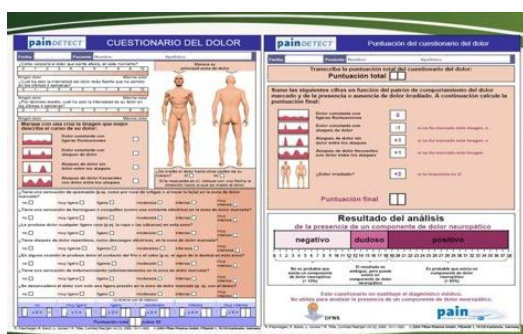


Imagen 1. Cuestionario "Pain detect"

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 elevada selectividad por el receptor vaniloide 1 de los canales de potencial receptor transitorio (*TRPV1*)⁴. El efecto inicial de la capsaicina es la activación de los nociceptores cutáneos que expresan TRPV1. Tras la exposición a la capsaicina los nociceptores cutáneos pierden parte de su sensibilidad a diversos estímulos. Estos efectos tardíos de la capsaicina se califican a menudo como "*desensibilización*", y se cree que subyacen al alivio del dolor.



El tratamiento tópico con capsaicina al 0,075%, disponible en España en forma de crema (Alacapsin®, Bama-Geve España, Barcelona), está indicado para el alivio del dolor moderado a severo en la neuropatía diabética dolorosa que interfiera en las actividades diarias y

que no haya respondido a otro tratamiento.

En una revisión sistemática⁵, la eficacia de la capsaicina fue testada en 1.556 sujetos con dolor musculoesquelético o neuropático. Entre los pacientes con dolor neuropático, el 57% obtuvo analgesia suficiente utilizando capsaicina tópica en comparación con un 42% de alivio en tratamiento con placebo, con una duración del efecto entre 4 y 8 semanas. Pese al éxito inicial de esta presentación, su uso está limitado debido a su modo de aplicación 4 veces al día que provoca la aparición de sensación de quemazón o escozor cutáneo en la zona de aplicación.

El tratamiento segmentario transcutáneo con parches de capsaicina 8% (Qutenza®, Astellas Pharma España. Pozuelo de Alarcón), está indicado para el tratamiento del dolor neuropático periférico en adultos no diabéticos, sólo o en combinación con otros medicamentos para el dolor. Por tanto, en pacientes con dolor neuropático rebelde a tratamiento conservador y a técnicas invasivas se presenta como una nueva alternativa terapéutica.

Dadas las limitaciones expresadas con las medicaciones disponibles hasta la actualidad, analizamos el papel de la capsaicina transcutánea en el tratamiento del dolor neuropático rebelde al tratamiento clásico.

Con el fin de realizar una comunicación breve pero útil a nivel de aplicación clínica, analizamos los casos de 7 pacientes con dolor neuropático periférico rebelde a tratamiento conservador y combinados con diversas técnicas invasivas. Empleamos el cuestionario "*pain detect*" ([imagen 1](#))⁶ para valorar el grado de afectación neuropática previo al tratamiento con capsaicina y 1 mes tras la aplicación del mismo. Mediante la Escala Analógica

Visual (EVA) valoramos la intensidad del dolor antes y 1 mes después de la colocación del parche.

El tratamiento de los pacientes con dolor neuropático es un procedimiento a largo plazo. Una vez realizado el diagnóstico es importante tratar, además, los efectos colaterales. Depresión, alteraciones en el patrón de sueño y déficits funcionales son típicos en pacientes con este tipo de dolor.

Todos los pacientes recibieron tratamiento médico clásico con antidepresivos, anticonvulsivantes y opioides. Ninguno de los pacientes respondió favorablemente a estos tratamientos. Por este motivo, se realizaron diversas técnicas intervencionistas, bloqueos periféricos, infiltraciones epidurales, infiltración con toxina botulínica, técnicas de radiofrecuencia, así como uso de estimuladores de cordones posteriores, todos ellos con escasos resultados (Tabla 1).

N	DIAGNÓSTICO	TTO. MÉDICO	BLOQ. PERIF.	TOX. BOT.	ECP	RF	BED	TTO TÓPICO
1	DN. Cervicobraquialgia	Pregabalina Tramadol Baclofeno	interescaleno ropi 0.2 + triamcinolona	sí	sí			
2	DN. Neuralgia postherpética	Pregabalina Carbamacepina Amitriptilina Tramadol Gabapentina	intercostal			sí		ketamina 3%+ amitriptilina 4%; lidocaína 5%
3	DN. Neuralgia postherpética	Pregabalina Duloxetina Baclofeno Amitriptilina	intercostal			sí		lidocaína 5%; ketamina 3%
4	DN. Costal tercio inferior dcho	Gabapentina Dexketoprof oxifeno Clonazepam Topiramato Oxicodona		sí				lidocaína 5%; ketamina 3%
5	DN. Intercostal derecho	Paracetamol Tramadol Pregabalina. Oxicodona						lidocaína 5%; ketamina 3%
6	DN. Femorocutáneo derecho	Pregabalina, Tramadol, Paracetamol, Duloxetina, Gabapentina						lidocaína 5%; ketamina 3%
7	DN. Cervicalgia postquirúrgica	Gabapentina, Baclofeno, Lornoxicam, Tramadol		sí	sí			

Tabla 1.- Técnicas realizadas. DN: dolor neuropático. BLOQ. PERIF: bloqueo periférico. TOX. BOT: toxina botulínica. ECP: estimulador cordones posteriores. RF: radiofrecuencia. BED: bloqueo epidural. EVA: escala analógica visual.

Ante la ineficacia de los tratamientos previos realizados, se propuso la aplicación de parches de capsicina 8% sobre la zona dolorosa cutánea como tratamiento de rescate ([Imágenes 2 y 3](#)). La evaluación del cuestionario “*pain detect*”³ demostró una disminución en la puntuación final desde una media antes de la aplicación de 22,28 a una media 1 mes tras la aplicación de 13. Los pacientes presentaron una EVA media antes de la aplicación de 8,71 que 1 mes tras la aplicación, tras la aplicación del parche de capsicina, disminuye a una EVA media de 5,71. Observamos una disminución global del EVA de 28,71%. (Tabla 2)

N	EVA			PAIN DETECT	
	PREVIO	1 MES	DISMINUCIÓN EVA (%)	PREVIO	1 MES
1	9	7	22,3	29	7
2	9	8	11,11	28	17
3	7	5	28,57	14	8
4	9	8	11,11	24	24
5	10	3	70	19	11
6	8	6	25	15	12
7	9	3	66,66	27	12
Media	8,71	5,71	28,75	22,28	13

Tabla 2.- EVA: Escala Analógica Visual

Los resultados de esta nueva terapia son esperanzadores y coincidentes con los escasos estudios existentes en la literatura científica⁷. Las técnicas mínimamente invasivas para el tratamiento del dolor nos aportan un escalón adicional en el tratamiento del dolor que únicamente se puede realizar en unidades especializadas.

Las indicaciones de uso del parche de capsaicina son muy reducidas según ficha técnica, y la aplicación del mismo también está acreditada únicamente en unidades especializadas de tratamiento del dolor. No se conoce si el uso previo de otras terapias médicas o intervencionistas modifica el resultado final del tratamiento con parches de capsaicina.

La aplicación del parche de capsaicina es eficaz en dolores neuropáticos rebeldes a tratamiento conservador y a técnicas invasivas, según ficha técnica está indicado en el tratamiento del dolor neuropático periférico en adultos no diabéticos, solo o en combinación con otros medicamentos. Hemos aplicado el parche en 5 pacientes, como uso compasivo, con dolor neuropático que no habían respondido a ningún otro tipo de terapia y que por las características del dolor se encontraban fuera de indicación de ficha técnica. Apreciamos una importante mejoría en la EVA superior a un 30%. En 2 casos aplicamos el parche en pacientes con neuralgia postherpética, obteniendo unos resultados que corroboran los datos de los ensayos clínicos⁸.

Según el Informe para la Guía Farmacoterapéutica de Hospitales de Andalucía de Junio de 2.011⁹, el coste anual del tratamiento con los parches de capsaicina es similar al de los parches de lidocaína cuando ambos se emplean a su dosis mínima, y más costoso cuando ambos se emplean a dosis máxima. El precio del parche de capsaicina 8% es de 281,75 €. Aunque pueda inicialmente parecer elevado, 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 del 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 asocian dolores neuropáticos rebeldes a otros tratamientos.

Bibliografía

- 1.- Finnerup NB, Sindrup SH, Jensen TS. Recent advances in pharmacological treatment of neuropathic pain. *Medicine Reports* 2010, 2:52. ([PubMed](#)) ([pdf1](#)) ([pdf2](#)) ([epub](#))
- 2.- Ballantyne JC et al. Diagnosis and classification of neuropathic pain. *Pain clinical updates*. Vol XVIII, Issue 7, September 2010.
- 3.- Attal N et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *European Journal of Neurology* 2010, 17: 1113–1123. ([PubMed](#))
- 4.- Jorge LL, Feres CC, Teles V. Topical preparations for pain relief: efficacy and patient adherence. *Journal of Pain Research* 2011; 4 11-24. ([PubMed](#)) ([pdf1](#)) ([pdf2](#)) ([epub](#))
- 5.- Mason L, Moore RA, Derry S, Edwards JE, McQuay HJ. Systematic review of topical capsaicin for the treatment of chronic pain. *BMJ*. 2004; 328 (7446): 991–995. ([PubMed](#)) ([pdf1](#)) ([pdf2](#)) ([epub](#))

6.- De Andrés J, Pérez-Cajaraville J, Lopez-Alarcón MD, López-Millán JM, Margarit C, Rodrigo-Royo MD, et al. Cultural Adaptation and Validation of the painDETECT Scale into Spanish. Clin J Pain. 2011 Sep 16. [Epub ahead of print]. ([PubMed](#))

7.- Derry S, Lloyd R, Moore RA, McQuay HJ. Topical capsaicin for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 4: CD007393. ([PubMed](#))

8.- Wallace M, Pappagallo M. Qutenza®: a capsaicin 8% patch for the management of postherpetic neuralgia. Expert Rev Neurother. 2011 Jan;11 (1): 15-27. ([PubMed](#))

9.- Guía Farmacoterapéutica de Hospitales de Andalucía. Informe Génesis V.3.0. Capsaicina

8% parches en dolor neuropático periférico. ([pdf](#))

Correspondencia al autor

José Miguel Esparza Miñana

iespmi@gmail.com

Servicio de anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor.

Hospital de Manises, Valencia.

[Publicado en AnestesiaR el 21 de marzo de 2013](#)