



<http://www.elsevier.es/semergen>

410/35 - EFECTIVIDAD DEL PARCHE DE CAPSAICINA EN EL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO SECUNDARIO A INVASIÓN TUMORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Álvarez López, R. Fernández Márquez, M. Gómez Torres

Residente de 4º año en Medicina Interna y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Demostrar la efectividad de la aplicación de parches de capsaicina como tratamiento coadyuvante en el tratamiento del dolor neuropático periférico oncológico; con el objetivo de reducirlo ostensiblemente en una consulta de atención primaria. Evaluamos a una paciente de 83 años de edad, con cáncer de mama estadio IV (T4N2M1) de años de diagnóstico, diabética de larga evolución, en tratamiento con antidiabéticos oral e insulina glargina. Presenta neuralgia post-quimioterapia/postlinfadenectomía axilar completa de más de seis meses de evolución, que mejora escasamente con tratamientos pautados hasta la fecha: Morfina Retard 20 mg cada 12 horas, Morfina de liberación rápida cada 4 horas si precisa, pregabalina 150 mg cada 12 horas, metamizol 575 mg cada 8 horas, lidocaína parches 5%.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física donde confirmamos la existencia de una neuralgia, y delimitamos el área a tratar. En la evaluación de la paciente le aplicamos diferentes escalas de medida del dolor neuropático, dando como resultado: Cuestionario DN4. 4 puntos. Escala del dolor de Lanss. 19 puntos. Cuestionario de Oviedo del sueño. Se siente bastante insatisfecha con su sueño. Frecuentes despertares nocturnos. Se informa a la paciente de los posibles efectos secundarios. Previa a la administración del parche, la paciente debe tener el área a tratar limpia, sin heridas, y sin la aplicación de cremas. Procedemos a la aplicación de los parches de capsaicina 179 mg. en el área que habíamos delimitado. Los parches se pueden recortar. Se debe usar guantes de vinilo y mascarilla, para evitar el contacto con la capsaicina. Una hora después, se procede a la retirada del parche. Citamos a la paciente 5 días después para reevaluación de su dolor, y descartar posibles efectos secundarios: Desde el mismo momento de la retirada del parche, la paciente nota una mejoría sustancial de su dolor. Antes no podía rozarse la zona ni elevar el brazo, y ahora sí. Cuestionario DN4. 2 puntos. Escala del dolor de Lanss. 3 puntos. Cuestionario de Oviedo del sueño. Se siente bastante satisfecha con su sueño. Sigue teniendo despertares, pero logra tener un sueño reparador. No ha necesitado usar hipnóticos. En líneas generales, la paciente refiere haber experimentado una mejoría en torno a un 80%. Dicha mejoría duró un lapso de tiempo de unos 3 meses de forma aproximada, que requirió de nueva administración de parche.

Juicio clínico: Dolor neuropático periférico secundario a complicaciones oncológicas.

Diagnóstico diferencial: Recidiva tumoral. Plexopatía del plexo braquial. Dolor secundario a mastectomía.

Comentario final: Ventajas del parche de capsaicina frente a tratamientos sistémicos: Mayor duración del efecto. Evita los efectos adversos sistémicos. Evita las posibles interacciones farmacológicas. Una sola

aplicación. Mejor cumplimiento terapéutico. Reduce el tamaño del área dolorosa. Disminuye la medicación analgésica concomitante. Bien tolerado a largo plazo y tras aplicaciones sucesivas. Mejora sustancialmente la calidad de vida relacionada con la salud. Uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria es “el dolor”. Por ello, conocer y saber manejar de forma óptima los tratamientos a nuestro alcance han de ser un pilar básico en la formación del médico de atención primaria. Son pocos los casos en los que se aplica este tipo de tratamientos a nivel de atención primaria (fuera de las unidades de dolor). Desconocemos los motivos (falta de conocimientos de la farmacocinética y farmacodinámica de los parches de capsaicina, miedo a posibles efectos secundarios...).

Bibliografía

Burness C.B., McCormack, P.L. Drugs. 201; 76:123-34.

Maihofner. Current Medical Research & Opinion. 2013;29:673-83.

Mankowski et al. BMC Neurology. 2017.

Privitera et al. J Pain Res.2017;10 1623-34.

Galvez et al. Clin J Pain. 2016.

Wagner T, et al. Pain Manage. 2012;2:239-50.