

# CASOS CLÍNICOS

DOLOR. 2013;28:96-8

## Artritis inflamatoria y tratamiento tópico con capsaicina

A. RODRÍGUEZ DE LA SERNA Y A. ACOSTA PEREIRA

### HIPÓTESIS DE UTILIZACIÓN DE CAPSAICINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS

El neuropéptido sustancia P (SP) se encuentra expresado por las terminales nociceptivas aferentes de carácter sensorial en las articulaciones, y juega un papel importante en la patogénesis de la artritis. Parece existir un vínculo funcional entre la SP y el receptor de la capsaicina, el receptor transitorio potencial vaniloide 1 (TRPV1)<sup>1</sup>.

### MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente varón de 67 años acude a consulta de Reumatología por primera vez enviado del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) por artritis recidivante, alternante de ambas rodillas, de cuatro años de evolución.

### COMORBILIDADES

No presenta.

Otros problemas articulares no relacionados: escoliosis/lesiones en calcáneos no especificadas.

Lesiones de hiperqueratosis en codo izquierdo, que oscilan en el tiempo, apareciendo y desapareciendo de forma espontánea (Fig. 1).



**Figura 1.** Lesión hiperqueratósica en codo, característica de lesión psoriásica, con enrojecimiento e hiperqueratosis, asociada a lesión bien delimitada.

### ANTECEDENTES FAMILIARES

El paciente tiene una prima con artritis psoriásica.

### TRATAMIENTO ACTUAL

Tres artroscopias: las dos primeras con meniscectomía parcial y la tercera con sinovectomía. Mejoría de un par de meses y recidivas.

Tomó corticoides por un problema nasal, y mientras los tomó, curó la artritis.

### Dirección para correspondencia:

Arturo Rodríguez de la Serna  
Servicio de Reumatología  
Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau  
Sant Antoni Maria Claret, 167  
08025 Barcelona  
E-mail: arodriguez@santpau.cat

Servicio de Reumatología  
Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau  
Barcelona

En la actualidad no recibe ningún tratamiento.

Ha recibido diferentes tratamientos con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) sin conseguir la remisión total clínica y presenta recidivas periódicas, con importante derrame articular, que produce marcada impotencia funcional y obliga a realizar punciones evacuadoras de repetición.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Rodilla izquierda, normal.

Rodilla derecha:

- Inspección: aumento de volumen de la rodilla, hipo-trofia de los músculos cuádriceps y enrojecimiento.
- Palpación: aumento de tamaño, con derrame a tensión.
- Movimientos: flexión, 60°; extensión, 145°.
- Estabilidad de la rodilla: signo del bostezo y signo del cajón negativos.
- Maniobras de meniscos negativas.

## EXAMEN DEL LÍQUIDO SINOVIAL

Líquido inflamatorio, pérdida de la viscosidad, celularidad discretamente aumentada (3.500 células) (50% polinucleares), ausencia de cristales y cultivo negativo.

## ESTUDIO ESTRUCTURAL

Rayos X. Discreta disminución del espacio interno con crestas en las mesetas tibiales (osteoartritis [OA] grado I). OA patelofemoral grado I.

Resonancia magnética (RM): quiste gigante de Baker, derrame, hipertrofia sinovial, y cambios meniscales y degenerativos tricompartmentales.

## DIAGNÓSTICO

Se estableció el diagnóstico de monoartritis en el contexto de un reumatismo palindrómico, existiendo el diagnóstico diferencial entre una monoartritis psoriásica o una artritis reumatoide (AR).

## TRATAMIENTO

Se inició tratamiento sistémico con metotrexato, en una dosis inicial de 15 mg/semana. Posteriormente (seis meses), y habiendo presentado mejoría local y también ausencia de nuevos episodios de artritis, se disminuyó a una dosis de 10 mg/semana, que lleva de forma mantenida durante 18 meses. Cuando se intentó disminuir la dosis a 7,5 mg/semana, en dos ocasiones presentó nuevos episodios de inflamación.

Con la dosis de 10 mg/semana, los episodios de inflamación se presentan de menor intensidad y duración (entre 3-5 días) y con una frecuencia de uno cada cinco meses.

Al tratarse de una monoartritis, sin lesiones importantes de piel, en los dos últimos episodios de artritis se empleó capsaicina tópica, en un intento de no aumentar la dosis de metotrexato (crema de capsaicina tópica a dosis 0,075%/6 horas (cuatro aplicaciones diarias).

Después de las primeras tres dosis, desapareció el dolor y en 48 horas había desaparecido la inflamación, hasta en dos ocasiones. En la actualidad, si el paciente nota que aumenta el dolor, estando previamente asintomático, usa inmediatamente la capsaicina y no presenta nuevos brotes de inflamación en los últimos 12 meses.

## COMENTARIO

El manejo del dolor es una alta prioridad para los pacientes con artritis. A pesar de las deficiencias en los datos de investigación, los tratamientos tópicos han ganado amplia aceptación clínica como adyuvantes en el tratamiento de pacientes con dolor musculoesquelético crónico.

El objetivo de algunos estudios era determinar la eficacia y la seguridad de los neuromoduladores en el tratamiento del dolor en pacientes con AR. Los neuromoduladores incluidos fueron anticonvulsivos (gabapentina, pregabalina, fenitoína, valproato de sodio, lamotrigina, carbamazepina, levetiracetam, oxcarbazepina, tiagabina y topiramato), la ketamina, el bupropión, el metilfenidato, el nefopam, la capsaicina y los cannabinoides. Se realizó una búsqueda electrónica en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL) (*The Cochrane Library* 2010, cuarto trimestre), MEDLINE (1950 hasta la primera semana de noviembre de 2010), EMBASE

(semana 44, 2010) y PsycINFO (1806 hasta la segunda semana de noviembre de 2010). También se buscó en el Colegio Americano de Reumatología (ACR) 2008 y 2009, y en la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) resúmenes de conferencias. Se incluyeron los ensayos controlados aleatorios que compararon cualquier neuromodulador a otra terapia (activo o placebo, incluyendo las terapias no farmacológicas) en pacientes adultos con AR que tenían al menos una medida de resultado clínicamente relevantes<sup>2</sup>.

Cuatro ensayos se incluyeron en esta revisión, y evaluaron nefopam, capsaicina tópica y el cannabis por vía bucal.

Un ensayo con población mixta, y análisis cualitativo de los pacientes con AR, mostró una reducción del dolor y la inflamación significativamente mayor con la capsaicina tópica en comparación con placebo en una y dos semanas. Un 44% de los pacientes desarrollaron ardor en el sitio de aplicación y el 2% se retiró debido a esta causa.

El cannabis por vía bucal contra placebo encontró una pequeña diferencia significativa en el dolor después de cinco semanas. Los pacientes que recibieron cannabis fueron significativamente más propensos a sufrir un evento adverso (razón de riesgo [RR]: 1,82; intervalo de confianza [IC] 95%: 1,10-3,00; casos por intención de tratar (NNT) 3, 95%: 3-13). Los más comunes fueron: mareos (26%), boca seca (13%) y mareo ligero (10%).

En la actualidad existe evidencia de que nefopam oral, capsaicina tópica y cannabis por vía bucal son superiores al placebo en la reducción del dolor en los pacientes con AR. Sin embargo, cada agente se asocia con un perfil de efectos secundarios significativos<sup>3-6</sup>.

Hasta que exista mayor investigación disponible, dado el carácter relativamente leve de los eventos adversos, capsaicina podría considerarse como un tratamiento complementario para pacientes con dolor

persistente local y respuesta inadecuada o intolerancia a otros tratamientos. Nefopam y cannabis oral tienen perfiles de efectos secundarios más significativos, y los daños potenciales parecen ser mayores que cualquier beneficio modesto alcanzado.

---

## CONCLUSIÓN

---

El neuropéptido SP, expresada por fibras nociceptivas aferentes sensoriales en las articulaciones, juega un papel importante en la patogénesis de la artritis. Se sugiere un vínculo funcional entre la SP y el receptor de la capsaicina, el TRPV1. La expresión de TRPV1 y SP se han descrito aumentadas en varios modelos de artritis, pero la participación específica de TRPV1 en la expresión de las fibras aferentes articulares que pueden liberar SP no se conoce con exactitud.

El presente caso muestra la utilidad de capsaicina como tratamiento local adyuvante en pacientes con artritis, que permite modular el tratamiento de fondo, ahorrar la utilización de AINE y corticoides, y mejorar la función y la calidad de vida de estos pacientes.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Willcockson HH, Chen Y, Han JE, Valtschanoff JG. TRPV1 on the expression of Substance P in sensory neurons of mice with adjuvant-induced arthritis. *Neuropeptides*. 2010;44:293-7.
2. Richards BL, Whittle SL, Van der Heijde DM, Buchbinder R. Efficacy and safety of neuromodulators in inflammatory arthritis: a Cochrane systematic review. *J Rheumatol Suppl*. 2012;90:28-33.
3. Richards BL, Whittle SL, Buchbinder R. Neuromodulators for pain management in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;18:1-6.
4. Palfreeman AC, McNamee KE, McCann FE. New developments in the management of psoriasis and psoriatic arthritis: a focus on apremilast. *Drug Des Devel Ther*. 2013;7:201-10.
5. Hirai T, Kanda T, Sato K, et al. Is involved in development of psoriasis-like skin lesions through TLR-dependent Th17 activation. *J Immunol*. 2013;190(9):4805-11.
6. Blumstein H, Gorevic PD. Rheumatologic illnesses: treatment strategies for older adults. *Geriatrics*. 2005;60:28-35.