

CASOS CLÍNICOS

DOLOR. 2013;28:175-6

Cicatriz dolorosa tratada con capsaicina

P. FENOLLOSA VÁZQUEZ, R. IZQUIERDO AGUIRRE Y M.A. CANÓS VERDECHO

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente varón de 40 años que sufrió fractura de pilón tibial y trimaleolar en diciembre de 2011. Intervenido mediante artrodesis con placa atornillada peroneal y tornillos canulados en el maléolo tibial.

Presenta dolor continuo, intenso (escala visual analógica [EVA] de 7/10) y de carácter urente (el paciente lo describe «como fuego») en la cicatriz de la zona medial y distal de la pierna. Le molesta la presión y el roce sobre la zona.

Ha sido tratado por diferentes especialistas con técnicas fisioterápicas (incluyendo iontoforesis y neuroestimulación eléctrica transcutánea [TENS]), varios fármacos antiepilépticos y opioides sin obtener alivio. También le han practicado dos infiltraciones locales de anestésicos y corticoides, con alivio parcial y transitorio. Se ha documentado que la artrodesis es estable, sin fenómenos de pseudoartrosis.

COMORBILIDADES

Asma bronquial extrínseco. Hipertensión. Síndrome de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con *continuous positive airway pressure* (CPAP). No refiere alergias.

Unidad Terapéutica del Dolor
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Valencia

TRATAMIENTO ACTUAL

Cuando acude a la consulta, el paciente está tomando pregabalina 150 mg/12 h y tramadol 300 mg/día para el dolor. Su medicación de base consiste en Plusvent® inhalador, Ventolín®, Xazal®, Flixonase®, Norvas® y Singulair®.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se aprecia una cicatriz de aspecto normal, no queiloidea, cuya palpación y roce despierta intenso dolor urente, provocando la huida del paciente. No se aprecian puntos de neuroma localizados, sino hiperestesia difusa en la mayor parte de la cicatriz. Ausencia de trastornos vegetativos asociados, sin historia previa ni actual de edema, ni cambios vasculares ni de temperatura. La movilidad del pie está limitada, pero no resulta dolorosa. Deambula con un bastón. En la figura 1 se muestra la cicatriz.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Dado que por el carácter urente del dolor y su ritmo continuo se podría pensar en un síndrome de dolor regional complejo (SDRC), se solicitó un rastreo óseo (RO) con tecnecio, que mostró una hipercaptación

Dirección para correspondencia:

Pedro Fenollosa Vázquez
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Bulevar Sur, s/n
46026 Valencia
E-mail: fenollosa.pedro@gmail.com



Figura 1. Aspecto de la cicatriz dolorosa en el tercio distal de la pierna derecha.

leve, que se justificó por el antecedente de fractura y la intervención quirúrgica. El patrón no era claramente compatible con el citado diagnóstico.

TRATAMIENTO

Debido a la comorbilidad y para comenzar con el tratamiento de la manera menos invasiva posible, con el diagnóstico inicial de dolor neuropático cicatricial, se prescribió capsaicina tópica al 0,075%, 4 aplicaciones/día durante la primera semana y posteriormente 3/día durante tres semanas más, hasta completar un mes de tratamiento. Se educó al paciente en el manejo de la crema de capsaicina, pues la falta de información sobre cómo utilizarla ocasiona un alto porcentaje de abandonos, sobre todo por el prurito inicial.

Durante los primeros cuatro días el paciente presentó prurito intenso tras cada aplicación que requirió de compresas frías. A partir de la segunda semana comenzó a referir analgesia, que cifraba en un 40% (EVA de 2,4/10), y una tolerabilidad mucho mejor. Al final de la cuarta semana el dolor se había reducido un 50% (EVA de 3,5). Se indicó al paciente continuar con dicho tratamiento con 2 aplicaciones/día como terapia de mantenimiento. Una revisión a

los cuatro meses mostró una analgesia estable con una EVA de 2-3/10.

COMENTARIO

De manera general, ante un dolor localizado siempre es aconsejable intentar terapias locorregionales, limitando en lo posible el uso de fármacos por vía sistémica. Este caso se había abordado con medidas físicas y medicación dirigida al dolor neuropático (asociando opioides y antiepilépticos) con escasos resultados. Los antecedentes médicos, especialmente el problema respiratorio, desaconsejaban escalar con los opioides y usar altas dosis de anticomieles. Estos aspectos, unidos a que el problema era un dolor cicatricial (localizado y accesible a tratamiento tópico), fueron los que orientaron la terapia al uso de capsaicina. Por otra parte, aunque el caso fuera compatible con un SDRC, ello no contraindicaba en absoluto el uso de capsaicina antes de recomendar terapias más invasivas.

Capsaicina ha demostrado su utilidad para el alivio de algunos tipos de dolor neuropático, como la neuralgia postherpética, la neuropatía diabética, el dolor neuropático asociado al SIDA, la neuralgia del trigémino, el síndrome doloroso posmastectomía o el dolor complejo regional. Su eficacia se basa en la estimulación selectiva de las neuronas de las fibras amielínicas tipo C, ya que produce la liberación de sustancia P y de otros neurotransmisores para, finalmente, generar una depleción de la sustancia P, con lo que se produce una alteración de la transmisión del dolor a los sistemas centrales, produciéndose un fenómeno de desensibilización al dolor¹. Se aconseja su empleo como coadyuvante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vidal MA, Calderón E, Román D, Pérez-Bustamante F, Torres LM. Capsaicina tópica en el tratamiento del dolor neuropático. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004;11:306-18.