

CASOS CLÍNICOS

DOLOR. 2014;29:124-7

Mononeuritis diabética del nervio femorocutáneo en la extremidad inferior derecha (meralgia parestésica) tratada con capsaicina tópica

M.M. MONERRIS TABASCO, M. PUYO OLMO Y D. SAMPER BERNAL

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 53 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, con intolerancia a enalapril y a duloxetina. Fumador de 35 paquetes/año, enolismo de 20 g/día.

El paciente es derivado a la Unidad del Dolor por presentar un dolor crónico, continuo e intenso, de características neuropáticas, localizado en la cara anterolateral del muslo de la extremidad inferior derecha.

El paciente realiza un tratamiento multimodal con fármacos neuromoduladores (oxcarbacepina 300 mg/12 h y gabapentina 600 mg/8 h), opioides débiles (tramadol de liberación retardada 200 mg/12 h) y analgésicos menores (dexketoprofeno-trometamol 25 mg/8 h), sin obtener el alivio de su sintomatología algica.

COMORBILIDADES

Se trata de un paciente pluripatológico con las siguientes comorbilidades asociadas: cardiopatía isquémica en forma de infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome de apnea del sueño, obesidad (índice de masa corporal: 33 kg/m²), dislipemia, hiperuricemia con crisis de podagra, diabetes *mellitus* de tipo 2 insulino dependiente, diverticulosis sigmoidea, ictus vertebrobasilar con recuperación *ad integrum*, espondiloartropatía degenerativa y pie cavo bilateral congénito.

Debido a las comorbilidades que presenta, el paciente realiza un tratamiento crónico con aspirina, clopidogrel, hidralazina, amlodipino, hidroclorotiazida, furosemida, poliestireno sulfonato cálcico, salbutamol, bromuro de ipratropio, atorvastatina, alopurinol, metformina e insulina.

Unidad del Dolor
Servicio de Anestesiología, Reanimación y
Terapéutica del Dolor
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Badalona, Barcelona

Dirección para correspondencia:

María del Mar Monerris Tabasco
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Carretera del Canyet, s/n
08916 Badalona, Barcelona
E-mail: mar.monerris@gmail.com

HISTORIA DEL DOLOR Y EXPLORACIÓN FÍSICA

El paciente refiere inicio del dolor de manera espontánea, sin relación con traumatismos previos ni variaciones ponderales extremas.

El dolor es crónico, intenso (escala verbal numérica [EVN] 7/10), continuo, con incremento en su intensidad por la noche (EVN 9/10). El dolor mejora cuando el paciente está en reposo y/o en decúbito supino, y empeora con la bipedestación prolongada, la deambulación y el roce de la ropa o del agua, o cuando el paciente realiza la higiene corporal, en forma de hiperalgesia y alodinia.

El dolor se localiza en la cara anterolateral del muslo de la extremidad inferior derecha, sin que se irradie o refiera a otros territorios de la extremidad inferior derecha.

Las características del dolor que describe el paciente son mixtas, con predominio del componente de dolor neuropático, en forma de quemazón, descargas eléctricas, sensación de alfileres y picazón; tras realizar el cuestionario de dolor neuropático DN-4 presenta una puntuación de 4/10.

En la exploración física del paciente, la piel está íntegra, no presenta alteraciones en la termorregulación, ni las hay en la fuerza o la motricidad, y la sensibilidad vibratoria está conservada. Los test radiculares son negativos, el paciente no presenta dolor a la palpación de las articulaciones posteriores y el músculo iliopsoas no se encuentra afectado.

DIAGNÓSTICO

Dados los antecedentes patológicos, se solicitan las siguientes pruebas complementarias: electromiograma, gammagrafía ósea, tomografía computarizada abdominal y resonancia magnética lumbar, con el objetivo de realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Se descarta que haya una compresión del nervio femorocutáneo a nivel del ligamento inguinal, así como neuropatía femoral, plexopatía lumbar y/o radiculopatía L2-L3, por lo que se diagnostica de mononeuropatía del nervio femorocutáneo de etiología diabética.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Bajo la orientación diagnóstica de meralgia parestésica de origen diabético sin respuesta al tratamiento farmacológico por vía oral y dadas las comorbilidades asociadas y la necesidad de doble antiagregación como tratamiento habitual, se descarta la realización de técnicas invasivas (infiltración con anestésico local y/o radiofrecuencia pulsada del nervio femorocutáneo) y se indica un tratamiento con capsaicina por vía tópica en crema al 0,075%. Además, se informa de la necesidad de abordar correctamente la comorbilidad asociada –diabetes *mellitus*– con un estricto control del perfil glucémico.

Se imparte al paciente una educación sanitaria en el manejo de la crema de capsaicina (debe aplicarse con guantes o con los dedos, hay que masajear levemente la zona durante la aplicación y posteriormente es necesario lavarse las manos), dado que la falta de información sobre cómo utilizar la crema de capsaicina ocasiona un alto porcentaje de abandonos, sobre todo por la quemazón y el eritema local.

Se prescribe realizar en el área del dolor aplicaciones repetidas de crema de capsaicina al 0,075%, 3-4 veces al día, durante los primeros 30 días de tratamiento.

Durante las primeras 72 h de aplicación de la capsaicina en crema al 0,075% el paciente consulta telefónicamente a la Unidad del Dolor porque presenta como efectos secundarios escozor y enrojecimiento cutáneo en la zona de aplicación (Fig. 1); aunque son efectos bien tolerados por el paciente, se aconseja aplicar frío local para aliviar dichos síntomas.

En la 2.^a-3.^a semanas, tras realizar las 3-4 aplicaciones diarias en el área del dolor con capsaicina en crema al 0,075%, se realiza una visita de control telefónico al paciente, que refiere que comienza a presentar una disminución en la intensidad del dolor (EVN 5/10) y una mejor tolerancia a los efectos secundarios.

En la 4.^a-5.^a semanas de tratamiento, el paciente acude a una visita de control a la Unidad del Dolor y refiere EVN 2-3/10, con una clara reducción del área dolorosa; ya no describe descargas eléctricas, ni sensación de alfileres ni picazón; además, el sueño es continuo y reparador, por lo que se indica continuar el tratamiento con capsaicina vía tópica en



Figura 1. Área de eritema local tras la aplicación de capsaicina en crema al 0,075% en un paciente con meralgia parestésica de origen diabético.

forma de crema al 0,075%, con dos aplicaciones al día (al levantarse y al acostarse), como terapia de mantenimiento, además de iniciar una pauta descendente del tratamiento farmacológico vía oral (neuromoduladores, opioide débil y antiinflamatorio no esteroideo).

En la 16.^a semana, se realiza de nuevo una visita de control en la Unidad del Dolor y el paciente refiere estar asintomático para el dolor y satisfecho con el tratamiento, al cual tiene una buena adherencia; realiza de manera habitual dos aplicaciones al día de capsaicina crema al 0,075%, junto con gabapentina 300 mg/12 h, sin presentar efectos secundarios, y es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria sin que le ocasionen dolor.

COMENTARIO

El dolor neuropático es una entidad clínica compleja resultado de una lesión o disfunción en algún punto del sistema nervioso, desde el receptor periférico hasta el cerebro. El dolor radicular, la neuropatía diabética, la infección por herpes zóster... son afecciones frecuentes de dolor neuropático. El envejecimiento de la población y la creciente prevalencia de muchos de estos problemas auguran un incremento del número de pacientes que sufrirán dolor neuropático crónico.

Los pilares básicos del tratamiento del paciente con dolor neuropático son el control de los síntomas y signos específicos de cada síndrome y evitar un deterioro psicológico mediante la restauración del sueño y el control del estado de ánimo.

Existen pruebas sólidas que respaldan el uso de los analgésicos tópicos en el dolor neuropático; la mejor estrategia consiste en utilizarlos como parte de un programa terapéutico multimodal, ya que al combinar fármacos se produce un efecto aditivo e incluso sinérgico, mejorando incluso su farmacocinética¹⁻³.

En estos momentos, la capsaicina, un alcaloide presente en determinadas especies de pimientos picantes del género *Capsicum* (*Capsicum frutescens*), empieza a adquirir relevancia como agente antinociceptivo, presente en Europa desde la década de 1990. Los mecanismos implicados en la analgesia que proporciona la capsaicina son diversos, y el más importante es la depleción de los neurotransmisores de las fibras C, sobre todo de sustancia P, impidiendo su recaptación a nivel del sistema nervioso periférico y central, con el consiguiente efecto analgésico; reduce la inflamación neurogénica, antagoniza el factor de necrosis tumoral, aumenta el umbral para estímulos térmicos y químicos de la zona, produce cambios estructurales en las neuronas sensitivas aferentes primarias, ocasiona la pérdida de los axones epidérmicos, reduce la hiperalgesia térmica y mecánica, y favorece el efecto anestésico local, mediante la actuación en los canales de sodio si se asocia a un anestésico local derivado de la lidocaína.

La capsaicina tiene un doble mecanismo de acción «paradójico», de manera que primero presenta un mecanismo algésico inicial que el paciente puede percibir como una irritación epidérmica, en forma de sensación quemante dolorosa, acompañada de vasodilatación y enrojecimiento local. Con las aplicaciones repetidas de capsaicina aparece el mecanismo analgésico retardado a las 2-4 semanas de su utilización, debido a la despolarización de la membrana neuronal y la insensibilización transitoria y reversible de las fibras nerviosas C afectadas, generándose el bloqueo de la transmisión nociceptiva.

Su presentación en forma de crema liposoluble para aplicación tópica y su escasa toxicidad sistémica le otorgan un excelente perfil de seguridad.

La capsaicina, gracias a su inocuidad, efectividad y escasas interacciones, junto con su excelente tolerabilidad y el reducido coste del tratamiento, se

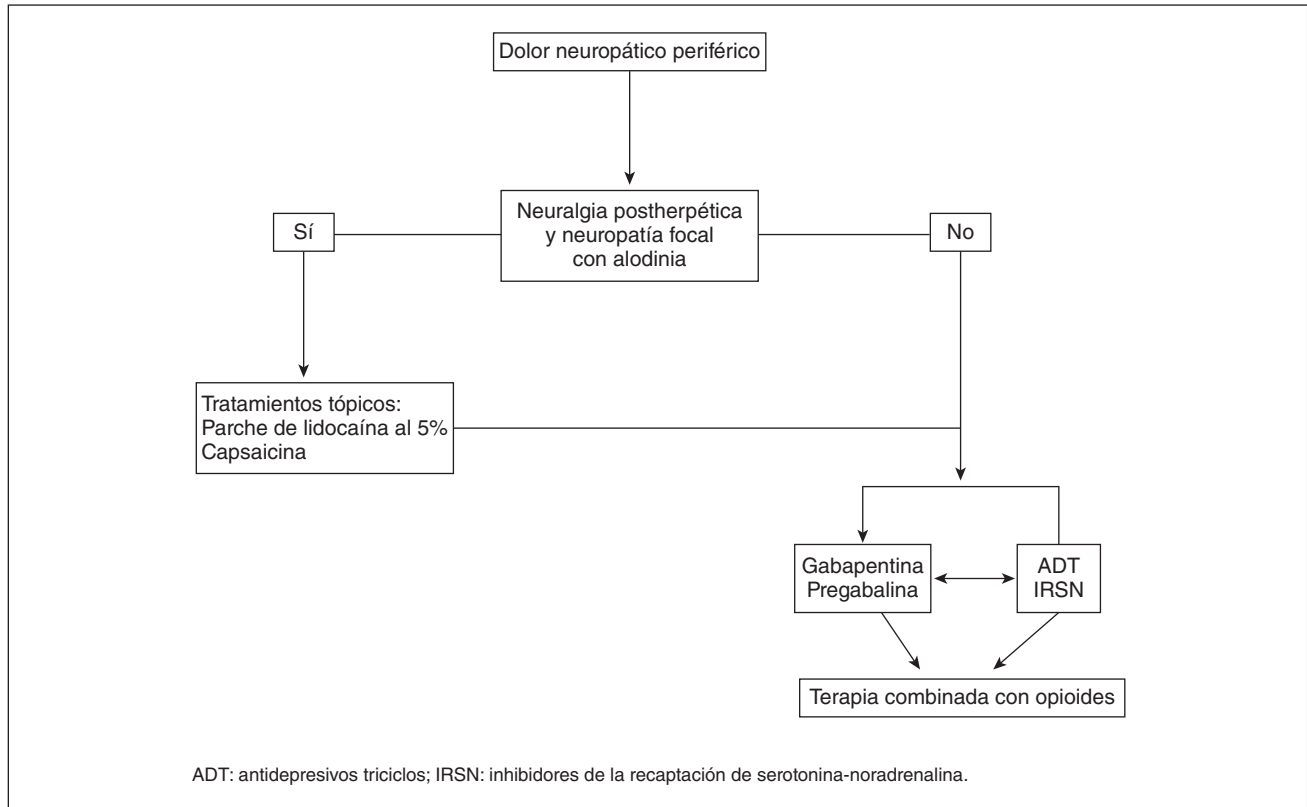


Figura 2. Algoritmo para el tratamiento del dolor neuropático periférico.

convierte en un fármaco coadyuvante de primera línea para el tratamiento del dolor neuropático; la concentración al 0,075% es la que tiene indicación selectiva para el tratamiento de la polineuropatía diabética. Todo ello la posiciona como fármaco ideal para los pacientes pluripatológicos y/o polimedicados, como el caso clínico que hemos expuesto, y desde el año 2005 se encuentra en los algoritmos farmacológicos sobre el manejo de dolor neuropático de las guías de práctica clínica⁴ (Fig. 2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Dery S, Lloyd R, Moore RA, McQuay HJ. Topical capsaicin for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4): CD007393.
2. Khalil N, Nicotra A, Rakowicz W. Treatment for meralgia paraesthetica. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12:CD004159.
3. Puig L, Alegre M, de Moragas JM. Treatment of meralgia paraesthetica with topical capsaicin. *Dermatology.* 1995;191(1):73-4.
4. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. An evidence-based Algorithm for the treatment of Neuropathic Pain. *Pain.* 2005;118(3):289-305.