

# Capsaicina al 8% en el tratamiento del dolor crónico posquirúrgico

K. RODRÍGUEZ MOLANO, O. COMPS VICENTE, M. PUYADA JÁUREGUI Y A. MONTES PÉREZ

## RESUMEN

El dolor neuropático (DN), según la definición de la Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), es aquel dolor que aparece tras una lesión o enfermedad a nivel del sistema somatosensorial periférico o central<sup>1</sup>. Si bien puede ser agudo, en la mayoría de los pacientes es crónico. El dolor neuropático periférico (DNP) es un grupo complejo de síndromes dolorosos, en el que se involucran distintas causas y mecanismos patogénicos<sup>2</sup>; es el más frecuente en la práctica clínica habitual, pero tiene un difícil abordaje terapéutico. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de dolor crónico posquirúrgico que cumplía criterios de DNP.

**Palabras clave:** Capsaicina. Dolor neuropático periférico. Tratamiento.

## ABSTRACT

According to the definition of the International Society for the Study of Pain (IASP), Neuropathic pain (NP) is that which appears at the level of the peripheral or central somatosensory system after an injury or illness. While it may be acute, it is chronic in most patients. Peripheral neuropathic pain (PNP) is a complex group of painful syndromes, in which different causes and pathogenic mechanisms are involved; it is the most frequent in common clinical practice but it has a difficult therapeutic approach. We present the case of a patient with a chronic postoperative pain diagnosis who met the PNP criteria. (DOLOR. 2018;33:85-8)

**Key words:** Capsaicin. Peripheral neuropathic pain. Treatment.

**Corresponding author:** Kimberly Rodríguez Molano, ki4maro@gmail.com

---

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

---

Paciente mujer de 63 años, alérgica a la penicilina, con antecedentes patológicos de HTA e hipercolesterolemia, y los siguientes antecedentes quirúrgicos: apendicectomía, histerectomía y osteosíntesis por una fractura del cúbito.

En mayo de 2009 se le realiza una colecistectomía laparoscópica y es derivada a la Unidad del Dolor (UD) seis meses después, por el cuadro que apareció tras la cirugía, consistente en un dolor localizado en el punto de inserción del trócar quirúrgico en el hipocondrio izquierdo.

Antes de consultar a la UD, había recibido tratamiento con ibuprofeno y paracetamol, sin mejoría, por lo que se le realizó una única infiltración local con lidocaína.

Refería una intensidad del dolor de 8 sobre 10 en la escala verbal numérica (EVN) y cumplía los criterios del DN al aplicar el cuestionario *Douleur Neuropathique en 4 Questions* (DN4), con una valoración de 4 sobre 10 (descargas eléctricas, sensación de agujas, frío doloroso y alodinia en el examen físico).

Junto a todo lo anterior, la paciente presentaba alteraciones en el patrón del sueño y ánimo triste. Con el diagnóstico de DNP posquirúrgico, se realizaron diversos tratamientos de forma secuencial: infiltración local con anestésico local (lidocaína) y corticoide (triamcinolona), pregabalina 75 mg cada 12 h, iontoforesis con lidocaína, infiltraciones epidurales a nivel torácico y perfusiones endovenosas con antihiperalgésicos (lidocaína y ketamina), todas ellas sin mejoría de los síntomas.

En noviembre de 2010 se propuso un tratamiento con capsaicina al 8% (Qutenza®) y se obtuvo una mejoría en la intensidad del dolor, que pasó de 8 a 4 (EVN), con la colocación de dos parches, en el hipocondrio izquierdo y en la zona dorsal izquierda.

Tres meses después se aplicó un tercer parche, con EVN de 4; la paciente persistía con alodinia en el hipocondrio izquierdo, descargas eléctricas y ardor.

Se realizaron tratamientos posteriores con capsaicina al 8%, durante tres años (número total de parches: nueve).

Al principio las aplicaciones se llevaban a cabo cada tres meses y posteriormente, el intervalo entre las sesiones era variable según la reactivación del dolor.

En el DN4 la alodinia continuaba presente y en ocasiones descargas eléctricas.

La paciente llegó a estar sin dolor con EVN 0 durante seis meses.

Mientras recibía el tratamiento con capsaicina al 8% tenía una buena tolerancia, y el área dolorosa se redujo de forma progresiva tras las aplicaciones (área inicial del parche: 525 cm<sup>2</sup>; área final: 172 cm<sup>2</sup>).

La paciente fue dada de alta al cabo de cinco meses, después de la última aplicación, sin presentar dolor ni precisar ningún tratamiento sistémico.

---

## DISCUSIÓN

---

El DNP tiene características especiales de reconocimiento y tratamiento. Se caracteriza por estar circunscrito a un área (o áreas) de máximo dolor espontáneo o provocado, con sensibilidad alterada.

Por su elevada intensidad, cronicidad, capacidad de alterar la calidad de vida del paciente y por el alto coste que genera, representa un importante problema sociosanitario. Sabemos, gracias a dos estudios realizados en Europa, que la prevalencia del dolor de origen predominantemente neuropático es del 8%<sup>3</sup> y la del dolor que presenta características neuropáticas, del 7%<sup>4</sup>. Ambos estudios destacan que la intensidad y la incapacidad que provoca el DN son más difíciles de soportar que cualquier otro tipo de dolor.

Aunque aún no disponemos de un test específico, el diagnóstico cada vez es más preciso gracias a la aplicación de escalas, cuestionarios y pruebas de laboratorio más dirigidas.

Dentro de los cuestionarios, debemos destacar el DN4 validado al castellano, uno de los más usados en la medicina primaria porque es rápido y sencillo de realizar. Recomendado por la Sociedad Española de Dolor (SED), permite distinguir entre el DN, el nociceptivo y el mixto. Cumpliendo cuatro ítems, la sensibilidad del cuestionario es del 90,3% y la especificidad, del 76,8%<sup>4</sup>.

El abordaje terapéutico se realiza escalando según las líneas de tratamiento, con fármacos y técnicas invasivas ante la falta de mejoría; a pesar de ello, el 40-60% de los pacientes no presentan un control adecuado del dolor y sí múltiples efectos adversos de la medicación.

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) y los anticonvulsivantes (gabapentina y pregabalina), junto con los antidepresivos de última generación (duloxetina y

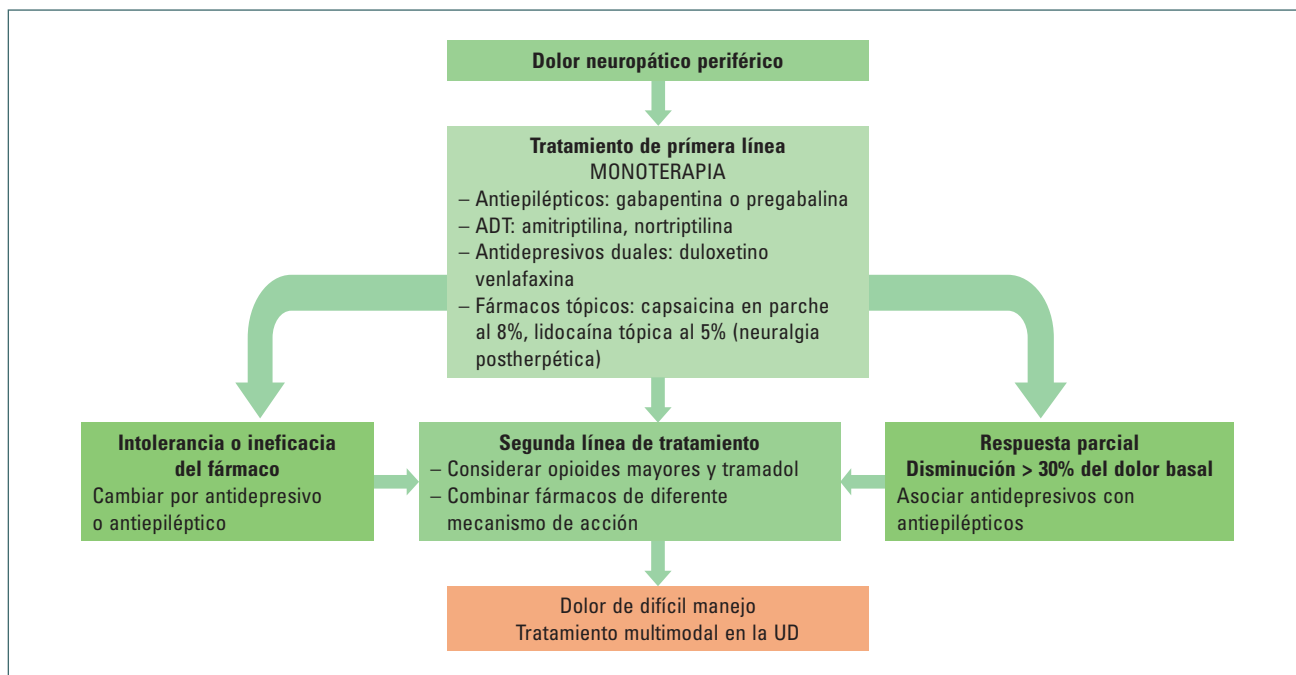


Figura 1. Algoritmo de tratamiento DNP.

venlafaxina), son los fármacos recomendados como tratamientos de primera línea por la IASP, por el *Neuropathic Pain Special Group* y por la Federación Europea de la Sociedad de Neurología (EFNS). La lidocaína tópica se recomienda en primera línea en la neuralgia postherpética y está especialmente indicada en las personas mayores<sup>5</sup>.

Los opiáceos mayores, en general, son de segunda elección en este tipo de dolor y pasan a ser de primera línea cuando se presenta una exacerbación de este tipo de dolor.

El parche de capsaicina al 8% está indicado como segunda línea de tratamiento<sup>5</sup> del DNP, especialmente en caso de alodinia o dolor quemante.

Sin embargo, existe nueva evidencia que demuestra la no inferioridad de los parches de capsaicina al 8% frente a la pregabalina en primera línea<sup>6</sup>.

Allegri, et al. han propuesto un algoritmo de tratamiento farmacológico para el DN periférico y localizado (Fig. 1).

Dicho algoritmo sugiere el empleo de los analgésicos tópicos en primera línea de una forma más general. Además, distingue a los pacientes en función de su respuesta al tratamiento. Aconseja que los pacientes con buena respuesta continúen el tratamiento tópico en primera línea; para aquellos con una respuesta parcial, se recomienda incorporar a la terapia tópica

un tratamiento sistémico, y para los pacientes sin respuesta se aconseja cambiar el tratamiento tópico por uno sistémico<sup>7</sup>.

La medicación tópica tiene la ventaja añadida de poder asociarse a cualquier otra medicación del DNP, logrando efectos sinérgicos al ocupar distintas dianas terapéuticas.

El ingrediente activo de los parches de capsaicina es el principal componente de los chiles picantes, un agonista selectivo de los canales TRPV1. El efecto inicial de dicho componente es la activación o sensibilización de los nociceptores cutáneos que expresan TRPV1, lo que libera neuropéptidos vasoactivos.

Sus principales efectos adversos son las reacciones locales: dolor, eritema, edema o picor en el momento de su aplicación. Los parches de capsaicina se aplican durante 30-60 min en la zona afectada por el DN, y su duración es de tres meses<sup>8</sup>.

El parche de capsaicina combinado con otros fármacos orales de primera línea es una alternativa eficaz para el tratamiento del DNP y permite reducir el uso de medicación oral concomitante.

Siempre debemos tener en cuenta que el tratamiento se ha de individualizar basándose en las comorbilidades del paciente, la eficacia y el perfil de efectos secundarios de cada fármaco.

Se ha visto que pacientes con un DN similar responden de manera diferente a una misma aproximación terapéutica: mientras que unos pacientes responden bien a tratamientos más seguros, económicos y menos invasivos, otros precisan una aproximación terapéutica más invasiva, multimodal y multidisciplinar.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky YO, Griffin JW, et al. Redefinition of neuropathic pain and a grading system for clinical use: consensus statement on clinical and research diagnostic criteria. *Neurology*. 2008;70(18):1630-5.
2. Busquets Julià C, Faulí Prats A. Novedades en el tratamiento del dolor neuropático. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2012;13(3):103-9.
3. Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J Pain*. 2006;7(4):2819.
4. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008;136(3):380-7.
5. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: systematic review, meta-analysis and updated NeuPSIG recommendations. *Lancet Neurol*. 2015;14(2):162-73.
6. Haanpaa M, Cruccu G, Nurmikko TJ, McBride WT, Docu Axelarad A, Bosilkov A, et al. Capsaicin 8% patch versus oral pregabalin in patients with peripheral neuropathic pain. *Eur J Pain*. 2016;20(2):316-28.
7. Allegri M, Baron R, Hans G, Correa-Illanes G, Mayoral Rojas V, Mick G, et al. A pharmacological treatment algorithm for localized neuropathic pain. *Curr Med Res Opin*. 2016;32(2):377-84.
8. Mou J, Paillard F, Turnbull B, Trudeau J, Stoker M, Katz NP. Qutenza (capsaicin) 8% patch onset and duration of response and effects of multiple treatments in neuropathic pain patients. *Clin J Pain*. 2014;30(4):286-94.