

# Manejo del Dolor Neuropático Localizado Crónico Postraumático o Postquirúrgico

## PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

### Dolor neuropático localizado postraumático

Un mecánico de 58 años, sufrió una quemadura por descarga eléctrica de alto voltaje en la mano izquierda, la cual afectó los nervios colaterales. El trauma produjo un dolor neuropático persistente y severo (8/10 en la escala de 11 puntos) en la palma de la mano, que se acompaña de alodinia intensa.

La superficie cutánea dolorosa (delineada en azul en la Figura 1) tenía una extensión de 21 cm<sup>2</sup>. El dolor interrumpía el sueño e interfería con el trabajo, el paciente no podía manipular las herramientas de trabajo que utilizaba habitualmente antes del accidente. A lo largo de un período de 27 meses, el dolor fue resistente al tratamiento. Se probaron varios analgésicos en monoterapia y en combinaciones: gabapentina 400 mg/día, tramadol 200 mg/día, meloxicam 15 mg/día, ketoprofeno 50 mg/día y diclofenaco tópico. La dosis de gabapentina no pudo incrementarse por intolerancia.

Bajo estas circunstancias se comenzó tratamiento con el parche de lidocaína. Cinco meses después la intensidad del dolor había disminuido en 63% y el área de la piel con

sensación dolorosa se había reducido a 4.5 cm<sup>2</sup>. La alodinia desapareció, la calidad de sueño mejoró de forma significativa y el paciente ahora puede manipular las herramientas propias de su trabajo sin dificultad. *Caso presentado por Dr. Gerardo Correa del Servicio de Rehabilitación, Hospital del Trabajador de Santiago de Chile.*

### Dolor neuropático postquirúrgico

Mujer de 50 años, sometida a disección de nódulo axilar durante el proceso de mastectomía por cáncer. Presenta, como secuela de la cirugía, dolor neuropático localizado en el territorio del nervio intercostobraquial de 4 meses de evolución (ver Figura 2). La aplicación del cuestionario DN4 arroja un puntaje de 8/10. Refiere alodinia intensa que ocasiona mucha molestia durante el baño y para el uso de la prótesis lo que le genera gran ansiedad. Para el manejo del dolor recibe pregabalina y estimulación eléctrica transcutánea (TENS), a pesar del tratamiento la intensidad del dolor es de 6/10 (escala NRS). Se agregó al tratamiento el parche de lidocaína al 5%, logrando alivio de la alodinia y reducción del 50% en la intensidad del dolor. Lleva 8 meses usando el parche, con alivio sostenido, sin presentar reacciones adversas. *Caso presentado por la Dra. Florentin Clere. Chateauroux. Francia.*

Figura 1. Reducción del tamaño del área dolorosa con el uso del parche de lidocaína



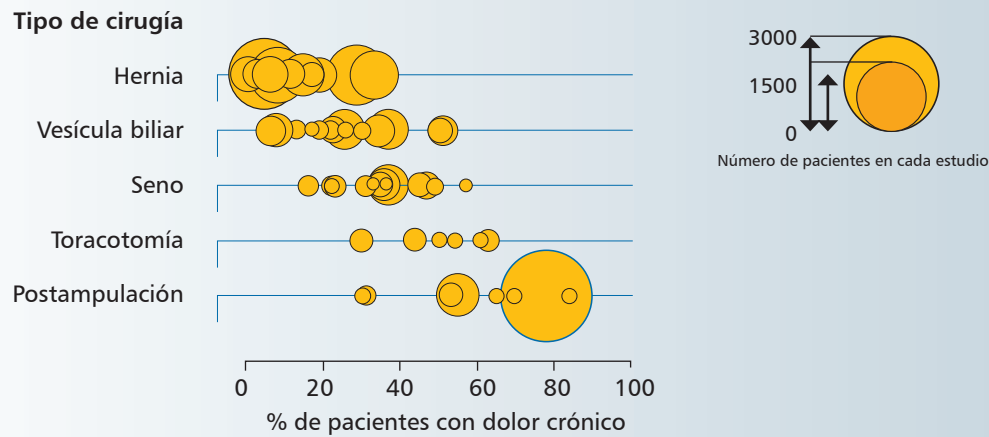
Area azul: área dolorosa inicial  
Area roja: área dolorosa luego del tratamiento con el parche de lidocaína a 5%

Figura 2. Dolor neuropático localizado como secuela de mastectomía



Demarcación del área de DNL en el territorio del nervio intercostobraquial

Figura 3. Dolor crónico postquirúrgico, pacientes que informan dolor persistente luego de 12 semanas de la cirugía



Adaptado de Perkis & Kehlet Anesthesiol 2000

### Epidemiología del dolor crónico luego de trauma o cirugía

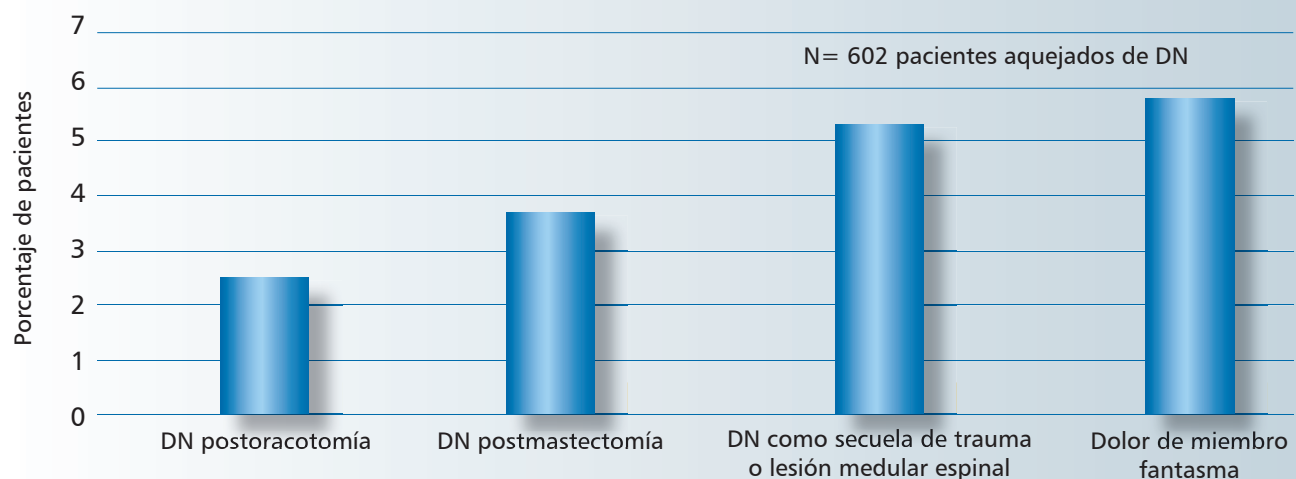
El dolor crónico postquirúrgico es un cuadro frecuente, como se puede apreciar en la Figura 3. Cuando se indaga cuál es el impacto del DN en estos casos se encuentran los siguientes datos: en una encuesta realizada en seis países europeos, a 602 pacientes aquejados de DN, se observó que en el 12% de los casos el dolor se originaba como secuela de cirugía y en el 17% de los casos tenía origen traumático (ver Figura 4). En esta población, el 25% calificaba el DN como severo o muy severo y el 54% como de intensidad moderada. En cuanto a la presencia del dolor en función del

tiempo, dos tercios de los pacientes habían experimentado el DN durante más de 1 año. Otra encuesta realizada en Europa mostró que el 70% de los casos de dolor neuropático crónico postoperatorio, se pueden caracterizar como dolor neuropático localizado (Busse 2010) (ver Figura 5).

### Características clínicas del DNL

El DNL es originado por una lesión o enfermedad del sistema somatosensorial, que afecta un área corporal fija y pequeña (igual o menor a un papel tamaño carta) y que en razón de la delimitación amerita en primera instancia, un manejo con analgésicos tópicos específicos (Pasternack 2010).

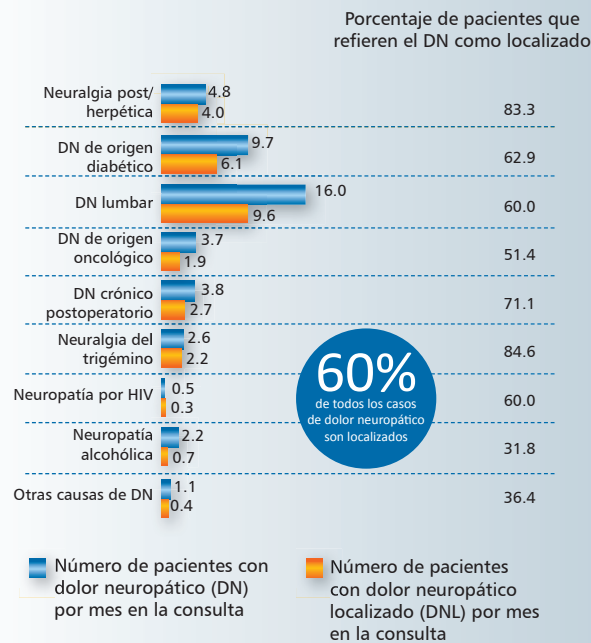
Figura 4. Origen del dolor en una muestra de pacientes aquejados de dolor neuropático



McDermott AM. The burden of neuropathic pain: results from a cross-sectional survey. European Journal of Pain 10 (2006) 127-135

Material exclusivo para el cuerpo médico

**Figura 5. Epidemiología del dolor neuropático localizado (DNL)**



Prevalencia de DNL en 869 pacientes atendidos por médicos generales y especialistas. Encuesta realizada en Europa del Este.

Busse K. Importance of localized neuropathic pain when treating neuropathic pain conditions. Poster presentado en NeuPSIG Mayo 2010. Atenas, Grecia

El DNL puede desarrollarse después de cualquier cirugía o trauma. Se asocia con alodinia que es evocada por el simple contacto, hiperalgesia y paroxismos de dolor espontáneo que alteran significativamente la calidad de vida del paciente y que con frecuencia siguen un curso crónico (Hans 2009).

## Manejo de DNL con analgésicos tópicos

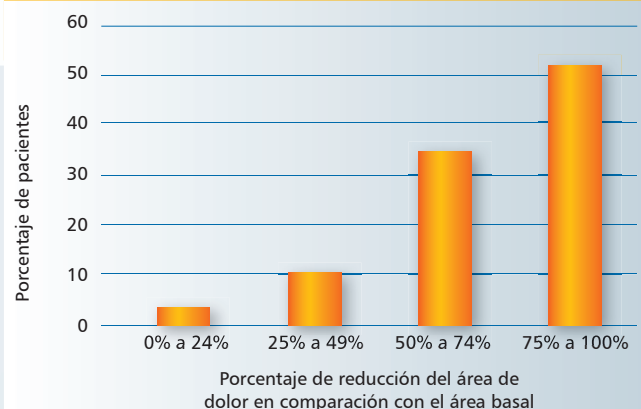
Se cuenta actualmente de dos opciones con eficacia comprobada: el parche de capsaicina al 8% aún no disponible en América Latina y el parche de lidocaína al 5%. La eficacia analgésica del parche de lidocaína al 5% se ha demostrado en neuropatías localizadas crónicas, p.e., en neuralgia posherpética (Wolf 2010) y en polineuropatía diabética (Baron 2009). Su empleo en dolor postraumático o postquirúrgico se ha reportado en cuatro publicaciones (ver Tabla 1) que se reseñan a continuación.

**Síndrome de dolor crónico postmastectomía.** El primer trabajo, realizado en un programa de uso compasivo de medicamentos en Francia (Centro Hospitalario de Chateauroux), presenta una serie de casos de mujeres entre 34 y 66 años aquejadas de síndrome doloroso neuropático crónico localizado en el territorio del nervio intercostobraquial, como secuela de mastectomía. La duración del dolor estaba en el rango de 4 meses a 19 años. En todos los casos se utilizó el cuestionario DN4 para precisar el diagnóstico del dolor. La intensidad del dolor era moderada severa en la mayoría de los casos. La alodinia era una constante en todas las pacientes, con repercusión importante en su vida diaria para la ducha, la colocación del brasier o de la prótesis mamaria y que generaba gran ansiedad o depresión. La mayoría de las pacientes recibían gabapentinoides (gabapentina o pregabalina) y estimulación eléctrica transcutánea (TENS). Dado que en estos casos el dolor no estaba bien controlado, se agregó el parche de lidocaína al 5%, logrando un alivio importante de la alodinia y una reducción del dolor > 50%. Se registró el uso del parche durante periodos de uno a ocho meses, registrando alivio sostenido. No se registraron reacciones adversas atribuibles al parche (Clere 2010).

**Tabla 1. Reseña de estudios sobre la utilización del parche de lidocaína al 5% en dolor neuropático localizado postquirúrgico o postraumático**

Estudio	Pacientes reportados
Clere F. Lidocaine 5% plaster use for post-mastectomy pain syndrome management. Presented as a poster at IASP 12 <sup>th</sup> World Congress on Pain in Glasgow, United Kingdom 2008	Síndrome doloroso postmastectomía, evaluación retrospectiva
Nayak S. Lidocaine 5% patch for localized chronic neuropathic pain in adolescents. <i>Pediatric Anesthesia</i> . 2008;18(6):554-558	Casos de dolor localizado postoperatorio, de más de un año de evolución. Población: adolescentes.
Hans G. Management of neuropathic pain after surgical and non-surgical trauma with lidocaine 5% patches. <i>Curr Med Res Opin</i> . 2009;25(11):2737-2743	Estudio prospectivo, abierto en un hospital universitario. Población: pacientes con DN crónico luego de trauma no quirúrgico y quirúrgico.
Correa G. Treatment of localized post-traumatic neuropathic pain in scars with 5% lidocaine medicated plaster. <i>Local and regional anesthesia</i> 2010 (3): 77-83	Población: trabajadores en proceso de readaptación laboral, aquejados de DNL en cicatrices ocasionadas por quemaduras y trauma

**Figura 6. Reducción del área dolorosa luego de la utilización del parche de lidocaína (N= 29 pacientes)**



Correa G. Local and Regional Anesthesia 2010;3 77-83

#### Dolor neuropático cicatricial localizado en adolescentes.

En el segundo estudio publicado por Nayak del Alder Hey Hospital de Liverpool, se reportan cinco casos de dolor neuropático cicatricial localizado y severo. Todos los pacientes eran adolescentes, entre 11 y 18 años, que reportaban dolor de más de un año de duración. Después de 12 a 16 semanas de tratamiento, la intensidad del dolor se redujo a leve en dos casos y cesó completamente en dos casos. En un caso el dolor permaneció con la misma intensidad y luego cesó espontáneamente (Nayak 2008).

**Dolor cutáneo localizado postraumático de origen quirúrgico y no quirúrgico.** El tercer estudio es un análisis retrospectivo publicado por Hans del Multidisciplinary Pain Center en el Hospital Universitario de Antwerp (Bélgica), que evalúa el uso del parche de lidocaína al 5%, en 40 pacientes con dolor crónico severo postraumático de origen quirúrgico y no quirúrgico. Se observó una reducción significativa en la intensidad del dolor a las 4 semanas y a las 12 semanas. La respuesta analgésica se desarrolló gradualmente a lo largo del período de observación (Hans 2009).

**Dolor neuropático localizado crónico severo en un ambiente de rehabilitación laboral.** El cuarto reporte es un estudio prospectivo de Correa realizado en el Hospital de los Trabajadores en Santiago de Chile, con 29 pacientes. Se demostró que el parche de lidocaína es efectivo para el manejo del dolor neuropático localizado posquirúrgico y postraumático. El alivio del dolor proporcionado por el parche mejoró el desempeño ocupacional en dos tercios de los pacientes. Se observó alto nivel de satisfacción, debido a la eficacia, la facilidad de uso y a la ausencia de efectos colaterales (Correa 2010).

El estudio de Correa es diferente de la serie de Hans debido a que los pacientes chilenos eran una población más joven, 15 años menor que los reportados en la serie de Hans, y todos con dolor localizado postraumático. El alivio del dolor fue más alto entre los trabajadores chilenos, con una disminución del 58% en la intensidad del dolor versus el 36% de la serie europea.

En el estudio chileno también se midió el área con sensación dolorosa y se pudo demostrar una reducción significativa en los pacientes que recibieron el tratamiento con el parche de lidocaína, esta es la primera vez que se demuestra este efecto en pacientes con dolor neuropático con el uso de terapia tópica (ver Figura 6). Este hecho tiene implicaciones funcionales importantes, especialmente si el área dolorosa está localizada en la palma de la mano o la planta del pie.

#### Conclusiones

- El parche de lidocaína al 5% es una terapia efectiva y segura para el tratamiento del dolor neuropático localizado posquirúrgico o postraumático.
- Es muy eficaz para aliviar la alodinia.
- Mejora significativamente el nivel funcional del paciente, que a su vez se asocia con mejoría en el desempeño ocupacional.

#### Bibliografía

1. Busse K, Meyer S. Importance of localized neuropathic pain when treating neuropathic pain conditions. *Poster presented at NeuPSIG May 2010*. Athens, Greece.
2. Baron R. 5% lidocaine medicated plaster versus pregabalin in post-herpetic neuralgia and diabetic polyneuropathy. *Current Medical Research and Opinion* 2009 Jul; (25) 7: 1663-76.
3. Baron R. Efficacy and safety of combination therapy with 5% lidocaine medicated plaster and pregabalin in post-herpetic neuralgia and diabetic polyneuropathy. *Current Medical Research and Opinion* 2009 Jul; (25) 7: 1677-1687.
4. Clere F et al. Lidocaine 5% plaster use for post-mastectomy pain syndrome management. *Presented as a poster. IASP 12th World Congress on Pain in Glasgow, United Kingdom 2008*
5. Correa G. Treatment of localized post-traumatic neuropathic pain in scars with 5% lidocaine medicated plaster. *Local and Regional Anesthesia 2010:3*
6. Hans G, Joukes E, Verhulst J, Vercauteren M. Management of neuropathic pain after surgical and non-surgical trauma with lidocaine 5% patches: Study of 40 consecutive cases. *Curr Med Res Opin.* 2009; 25(11):2737-2743.
7. Nayak S. Case report: Lidocaine 5% patch for localized chronic neuropathic pain in adolescents: Report of five cases. *Pediatric Anesthesia.* 2008;18(6):554-558.
8. Pasternak D. et al. Dolor neuropático localizado, conceptualización y manejo en la práctica médica general: consenso de un grupo de expertos. *Rev. Iberoamericana del Dolor.* 2010; 5 (1): 5-18
9. Simpson D et al. An open-label pilot study of high-concentration capsaicin patch in painful HIV neuropathy. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2008; 35 (3): 299-306
10. Wolff RF et al. 5% lidocaine-medicated plaster vs other relevant interventions and placebo for post-herpetic neuralgia (PHN): a systematic review. *Acta Neurol Scand.* 2010 DOI: 10.1111/j.1600-0404.2010.01433.x.

Los conceptos e imágenes publicados aquí son responsabilidad de Farmaproyectos Latinoamericana y no representan necesariamente la opinión del laboratorio patrocinador.

Este material educativo al servicio de la comunidad médica se elaboró con el patrocinio de Grunenthal y está sustentado en estudios de uso público.

www.farmaproyectos.com Tel. 2873297, Bogotá, D.C.

Material exclusivo para el cuerpo médico  
VST 15102010