



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR



REVISTA DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DEL DOLOR

Artículo Aceptado para su pre-publicación

Título:

Tratamiento de la neuralgia trigeminal postherpética con toxina botulínica. A propósito de un caso

Autores:

María del Rosario Beseler-Soto, Luisa Micó-Giner, Ana Renau-Escrig, Pedro Fenollosa-Vázquez

DOI: [10.20986/resed.2016.3403/2016](https://doi.org/10.20986/resed.2016.3403/2016)

Instrucciones de citación para el artículo:

Beseler-Soto María del Rosario, Micó-Giner Luisa, Renau-Escrig Ana, Fenollosa-Vázquez Pedro. Tratamiento de la neuralgia trigeminal postherpética con toxina botulínica. A propósito de un caso. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2016. doi: 10.20986/resed.2016.3403/2016.


INSPIRA NETWORK

que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la Revista de la Sociedad Española de Dolor.

TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA TRIGEMINAL POSTHERPÉTICA CON TOXINA BOTULÍNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

TREATMENT OF POST-HERPETIC NEURALGIA TRIGEMINAL WITH BOTULINUM TOXIN. A PROPOSAL OF ONE CASE

Sr. Director:

Presentamos el caso clínico de un varón de 88 años que ingresó el 31 de diciembre de 2014 por cuadro de meningoencefalitis de etiología probablemente vírica (Zóster oftálmico) con disminución del nivel de conciencia, disartria y aparición de lesiones vesiculosas en zona frontal izquierda. Tras instauración de tratamiento con Aciclovir se produce mejoría progresiva de las lesiones dérmicas y mejoría del nivel de conciencia, aunque presentó imposibilidad para la deambulaci3n, motivo por el que se traslada a unidad de media estancia con soporte de rehabilitaci3n. Previamente, el paciente presentaba movilidad reducida, por lo que empleaba de andador para la deambulaci3n tanto en interiores como en exteriores.

En cuanto a sus antecedentes patol3gicos destacan en relaci3n al tema que nos ocupa: neuralgia trigeminal bien controlada, herpes z3ster facial 2 meses antes, carcinoma vesical *in situ* tratado con resecciones transuretrales peri3dicas desde los 62^a, neoplasia esofagogástrica a los 70 años intervenida (libre de enfermedad en el momento actual), amputaci3n traumática del pie derecho reconstruida, fibrilaci3n auricular valvular no anticoagulada por elevado riesgo de sangrado, hipertensi3n arterial, dislipemia.

Valoraci3n inicial:

Consciente, no d3ficits cognitivos (valorado mediante short portable mental status de Pfeiffer: 1 error). En el examen de los pares craneales (PPCC) destacaba dolor en área oftálmica del N. trigeminal y epífora abundante con normalidad del resto de PPCC. Evaluaci3n subjetiva del dolor en escala anal3gico-visual: 9.5. El examen neurol3gico sensitivo y motor no mostr3 focalidad. Funcionalmente presentaba adecuada reactividad postural para la bipedestaci3n y capacidad de marcha estática, ambas condiciones con ayuda de 2^a persona.

Se programó entrenamiento fisioterápico en sesión diaria de 30-45 minutos/sesión. Para abordaje del dolor trigeminal se asoció pregabalina al tratamiento con carbamazepina ya iniciado previamente. Una semana después, con tratamiento farmacológico a dosis plenas, se aplicó parche de lidocaína al 5 % en área dolorosa durante 12-18 horas/día.

A las 4 semanas de ingreso el paciente presentaba buena evolución motora con niveles funcionales similares a su condición basal, aunque evitaba la actividad física por persistencia de dolor con la misma intensidad previa. Se propuso la aplicación de toxina botulínica en área afecta procediéndose a la infiltración de 15 U BOTOX dilución 1:1 en aplicación subcutánea de 3 puntos (5 U cada uno) en el área oftálmica trigeminal a nivel superciliar izquierdo. A partir del tercer día refirió mejoría y al séptimo día la puntuación en escala EVA fue de 4. Continuó reduciendo la intensidad perceptiva del dolor hasta la ausencia de quejas, situación que ha mantenido a lo largo del periodo de seguimiento de 7 meses.

DISCUSIÓN

La neuralgia postherpética (NPH) se define como el dolor crónico que aparece como complicación a una infección por el virus herpes zóster. La prevalencia es de 9-34 %, siendo la complicación más frecuente tras la infección viral y afecta aproximadamente al 50 % de los individuos de más de 90 años que han tenido una erupción de herpes zóster. Generalmente se manifiesta tras la resolución de las lesiones dérmicas, aunque en algunos casos la NPH puede ocurrir meses o años después de la resolución del evento inicial. Complicaciones tales como ictus, encefalitis o mielitis son relativamente raras mientras que la afectación oftálmica trigeminal resulta más frecuente y su padecimiento repercute de forma grave en la calidad de vida de las personas que lo padecen. La edad, la presencia de pródromos severo en el herpes zóster, así como el dolor intenso y lesiones en la fase aguda se consideran factores de riesgo para padecer neuralgia postherpética.

El manejo de la neuralgia trigeminal resulta con frecuencia complejo; se han propuesto diversas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas con beneficio variable. El tratamiento farmacológico incluye anticonvulsivantes, inflamatorios no esteroideos, antidepressivos y opioides. Se investiga continuamente buscando nuevas propuestas

terapéuticas, como es el caso de la toxina botulínica tipo A (TBA) que tiene aprobadas en ficha técnica todas o alguna de las indicaciones siguientes: tratamiento de la espasticidad, blefaroespasma, tortícolis espasmódica, vejiga hiperactiva, hiperhidrosis axilar y migraña crónica. Conforme aumenta el conocimiento práctico en el manejo de la TBA, se van ampliando los usos de la misma incluyendo el tratamiento del dolor de distinta naturaleza nociceptiva o neuropática. El mecanismo subyacente no está totalmente aclarado, aunque se considera que actúa mediante bloqueo de la transmisión nerviosa a nivel del nociceptor, inhibición de neurotransmisores responsables de inflamación neurogénica y la prevención de sensibilización central y periférica (1).

La primera publicación acerca del beneficio analgésico de la TBA en el tratamiento de la neuralgia trigeminal se debe a Micheli y cols. en 2002 (2). A partir de entonces se han ido publicando pequeños ensayos clínicos con resultados prometedores en el alivio del dolor neuropático por neuralgia trigeminal diabética, de origen traumático o polineuropatía. Recientemente Hu realizó una revisión sistemática valorando el beneficio de la TBA en neuralgia trigeminal concluyendo que la mejoría del dolor fue del 60-100 % en el 70 y 100 % de los casos sin efectos adversos reseñables (3).

La aplicación de la toxina se efectúa intradérmica o subcutánea/submucosa según el principio de “seguir al dolor”, esto es, en la zona dolorosa inoculando 2,5-5 U por punto. El número de puntos es variable en función de la extensión del área dolorosa de manera que las dosis recogidas en la literatura oscilan entre 20 y 190 U. La distancia entre los puntos de inoculación es de 1-1,5 cm y no hay diferencia de resultados en función de las dosis aplicadas. La mejoría clínica se produce en los primeros 3-7 días; se considera pacientes respondedores aquellos en los que desciende la puntuación del dolor en escala analógico visual más del 50 %. Los periodos de seguimiento son variables, aunque existe consenso en que la duración del beneficio terapéutico es mayor que la descrita para la relajación muscular habiendo casos de alivio completo por espacio de 2 años. El alivio del dolor se traduce en mejora de la calidad de vida percibida y las manifestaciones psíquicas relacionadas con el dolor (ansiedad, depresión, calidad del sueño).

En el caso de la neuralgia postherpética existen dos ensayos clínicos aleatorizados doble ciego (4,5), con resultados favorables en cuanto a porcentaje de respondedores y duración del beneficio (seguimiento de 3-4 meses).

El caso presentado, además de tener interés por la afectación neurológica multifocal, cumple los estándares del beneficio de la TBA en neuralgia postherpética hasta la fecha conocidos. Probablemente en un futuro próximo su empleo forme parte del arsenal terapéutico habitual en el tratamiento del dolor neuropático localizado de nuestros pacientes.

M. R. Beseler-Soto, L. Micó-Giner¹, Ana Renau-Escrig¹ y P. Fenollosa-Vázquez²

Medicina Física y Rehabilitación. ¹Medicina Interna. ²Unidad del Dolor. Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia

Correspondencia:

M. R. Beseler-Soto

beseler_ros@gva.es

Bibliografía

1. Intiso D, Basciani M, Santamato A, Intiso M, Di Rienzo F. Botulinum toxin type A for the treatment of neuropathic pain in neuro-rehabilitation. *Toxins* 2015;(7):2454-80.
2. Micheli F, Scorticati MC, Raina G. Beneficial effects of botulinum toxin type a for patients with painful tic convulsif. *Clin Neuropharmacol* 2002;25(5):260-2.
3. Hu Y, Guan X, Fan L, Li M, Liao Y, Nie Z, et al. Therapeutic efficacy and safety of botulinum toxin type A in trigeminal neuralgia: A systematic review. *J Headache Pain* 2013;21;14:72.
4. Xiao L, Mackey S, Hui H, Xong D, Zhang Q, Zhang D. Subcutaneous injection of botulinum toxin a is beneficial in postherpetic neuralgia. *Pain Med* 2010;11:1827-33.
5. Sotiriou E, Lallas A, Lazaridou E, Ioannides D. Botulinum toxin A in postherpetic neuralgia: A parallel, randomized, double-blind, single-dose, placebo-controlled trial. *Clin J Pain* 2013;29(10):857-64.