

Eficacia y tolerancia de la oxcarbacepina en dolor neuropático crónico: estudio de 40 casos

P. Fenollosa-Vázquez, M.A. Canós-Verdecho, C. Núñez-Cornejo, J. Pallarés-Delgado

EFFECTIVENESS AND SAFETY OF OXCARBAZEPINE IN CHRONIC NEUROPATHIC PAIN: A STUDY OF 40 CASES

Summary. Introduction. *Neuropathic pain (NP) often fails to respond to the commonly established analgesic treatment. This fact, together with the existence of side effects, has led to the need to evaluate the analgesic effectiveness of antiepileptic drugs, which, as in the case of oxcarbazepine (OXC), are a valid alternative.* Aims. *The aim of this study was to evaluate the effectiveness and safety of OXC in patients suffering from chronic NP.* Patients and methods. *We conducted a prospective, open study involving a series of 40 patients diagnosed with a long history of NP, which was previously resistant to different kinds of treatment with anticonvulsants, non-steroidal anti-inflammatory (NSAI) drugs, opiates and adjuncts. Patients were treated with OXC and they were evaluated in both the basal (prior to treatment) and final visits (after treatment) by means of the visual analogue scale (VAS), SF-McGill questionnaire and the Lattinen test. The patient's general impression of the result was also obtained. The statistical analysis was performed by calculating the 'effect size', by computing Cohen's d.* Results. *Treatment with OXC diminishes different symptomatic variations of this pain, but especially so in the case of lancinating discharges (d = 0.87, important effect) and burning pain (d = 0.60, moderate-important effect), although the allodynia (d = 0.48, moderate effect) also improved with treatment. In the opinion of the patients themselves, response to treatment was good or very good in 50% of cases. The chief side effects observed were dizziness, drowsiness and abdominal upsets.* Conclusions. *OXC can be seen as a therapeutic alternative to be taken very much into account in patients with NP having different aetiologies; it has a good benefit-risk ratio and is a form of treatment that is well accepted by patients.* [REV NEUROL 2005; 40: 711-5]

Key words. *Neuropathic pain. Oxcarbazepine. Safety. Treatment.*

INTRODUCCIÓN

El dolor neuropático (DN) se origina a consecuencia de una lesión o disfunción del sistema nervioso central o periférico por diferentes etiologías. Los pacientes con este problema se remiten con frecuencia a las unidades de dolor, entre otros motivos, por su refractariedad a las diferentes terapias habituales, como los analgésicos convencionales y en muchos casos, también, a los opiáceos [1].

Se caracteriza clínicamente por reunir una serie de síntomas que le son característicos, como descargas espontáneas lancinantes, alodinia, hiperalgesia, hiperestesia y otros trastornos sensitivos [2,3].

Muchos de estos síntomas se pueden atribuir a una hiperexcitabilidad de la membrana axonal, que conduce al origen de impulsos ectópicos del axón [4].

La falta de respuesta del DN al tratamiento con simples analgésicos, o incluso con opiáceos en muchos casos, ha hecho recomendable el ensayo terapéutico de los fármacos antiepilepticos (FAE), que han demostrado ser una alternativa válida, aunque con resultados modestos [5]. La carbamazepina (CBZ) es el fármaco de elección en el tratamiento de DN de la neuralgia del trigémino y puede resultar eficaz también en el dolor postherpético y diabético, al igual que la fenitoína o valproato [6]. Sin embargo, los efectos adversos, las interacciones con otros fármacos, así como los inconvenientes de su utilización (monitorización frecuente por riesgo de toxicidad, dificultad en el ajuste de dosis, interacciones, etc.), limitan el uso de estos FAE tradicionales [7,8].

Dada la existencia de un número relevante de pacientes que no responden a los tratamientos actuales o bien se condicionan por los efectos adversos de los mismos, parece oportuno realizar un estudio de observación abierto sobre la efectividad de nuevos FAE. La oxcarbacepina (OXC) es el análogo 10-ceto de la CBZ, y ha mejorado su perfil de inocuidad y tolerabilidad. Su mecanismo de acción se basa principalmente en la inhibición de los canales del sodio voltajedependientes, asociada también a una inhibición de las corrientes de calcio y reduciendo por tanto la neurotransmisión glutamatérgica, mecanismos todos ellos implicados en el mantenimiento del DN [9].

En un artículo de revisión sobre la OXC, Herranz concluye que éste es un fármaco con una eficacia clínica similar a CBZ, pero con propiedades farmacocinéticas muy superiores y un mejor perfil de tolerabilidad [10].

En un estudio de metaanálisis comparando OXC frente a CBZ, que incluyó 132 pacientes con neuralgia del trigémino, se concluyó que la eficacia de ambos fármacos era comparable, pero con una clara menor incidencia de efectos adversos para OXC. Los efectos secundarios más frecuentes en los diferentes ensayos de este metaanálisis fueron mareos, astenia, náuseas y somnolencia. Se considera también importante valorar si el paciente tiene riesgo de hiponatremia, así como tener presente que existe posible alergia cruzada con CBZ [11].

El objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia y tolerabilidad de la OXC en pacientes con DN crónico.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio abierto, prospectivo, de una serie de 40 pacientes diagnosticados de DN de larga evolución, previamente refractario a diferentes tratamientos con anticonvulsivos, AINE, opiáceos y coadyuvantes.

Los candidatos fueron pacientes atendidos en la Unidad Terapéutica del Dolor del Hospital Universitario La Fe de Valencia que, durante los meses de febrero y marzo de 2003, cumplían los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años, con dolor neuropático periférico (DNP) o central (DNC), que

Aceptado: 09.03.05.

Unidad Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario La Fe. Valencia, España.

Correspondencia: Dr. Pedro Fenollosa Vázquez. Unidad Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario La Fe. Avda. Campanar, 21. E-46009 Valencia. E-mail: pedrofeno@hotmail.com

© 2005, REVISTA DE NEUROLOGÍA

no respondía a los tratamientos habituales previamente administrados y que dieron su consentimiento tras explicación detallada del proceso del estudio.

Se excluyeron como candidatos los pacientes con hipersensibilidad conocida a la CBZ, riesgo de embarazo o ingesta de anticonceptivos, tratamiento con diuréticos o riesgo de hiponatremia, insuficiencia renal moderada-grave, insuficiencia o arritmia cardíacas, pacientes que precisen inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) o litio, y los que tenían alguna de las contraindicaciones incluidas en la ficha técnica del producto.

De los pacientes incluidos se recogieron datos demográficos (género y edad) e historia de su dolor (etiología, tiempo de evolución, tratamientos previos y grado de respuesta). Tras proceder a un lavado completo de cualquier otra medicación antiepiléptica que pudiera tomar el paciente, la medicación se inició en todos los casos con medio comprimido de 300 mg cada 12 horas (300 mg/día), aumentando a un comprimido de 300 mg cada 12 horas (600 mg/día) en intervalos semanales; en caso necesario se aumentó la dosis hasta 600 mg/12 horas, según eficacia y tolerabilidad, siempre en incrementos de 150 mg (medio comprimido) cada 12 horas.

En el diseño del protocolo se tuvo en cuenta que el tratamiento actual del DN debe enfocarse a un síntoma específico predominante [2,12] (p. ej., dolor urente, disestesia, etc.), por lo que, para una evaluación más adecuada del fármaco en estudio, se desglosaron las evaluaciones por síntomas.

Los pacientes se evaluaron en la visita basal y posteriormente a los 15 días y a las 4, 8 y 12 semanas del inicio del tratamiento, mediante los siguientes instrumentos: escala visual analógica (EVA) sobre una línea de 100 mm para describir la intensidad del dolor por síntomas (EVA de alodinia, de dolor urente, disestésico, lancinante, y 'otro' en caso necesario); escalas de McGill-SF y cuestionario de Lattinen para la evaluación multidimensional del dolor. Hay que hacer notar que, aunque la escala EVA acepta valores situados en un intervalo entre 0 y 100 puntos, los valores medios de las EVA totales calculadas pueden superar ese límite, ya que representan la media de los valores resultantes de sumar las cinco EVA empleadas para cada dolor (máximo de 500 puntos).

Al final del estudio se obtuvieron datos de la impresión general por parte del paciente. Igualmente, se recogió información de las dosis utilizadas, los efectos secundarios, los abandonos y sus causas.

El análisis estadístico se realizó mediante el cálculo del 'tamaño del efecto' (*effect size*), un parámetro ampliamente utilizado en la valoración de los cambios en el estado de salud en muestras pareadas tras recibir un tratamiento específico, computando la *d* de Cohen según la fórmula:

$$d = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_1}$$

donde el numerador es la diferencia de los valores medios antes y después del tratamiento y el denominador es la desviación estándar (DE) de los valores obtenidos antes del tratamiento. A diferencia de la significación estadística expresada con la probabilidad *p* –probabilidad de que el resultado pueda deberse al azar–, la *d* de Cohen es un indicador de la importancia (o trascendencia) clínica, de una intervención. Se considera que el efecto de la intervención ha sido pequeño, moderado o grande, según el valor de la *d* de Cohen sea $\leq 0,2$, $\pm 0,5$ o $\geq 0,8$, respectivamente [13]. El análisis estadístico se completó con la *t* de Student para muestras pareadas, y se aceptó un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 40 pacientes, 23 varones y 17 mujeres, con una media de edad de 50,2 años (intervalo: de 26 a 80 años), con una duración media de evolución del dolor de 25,6 meses (intervalo: de 3 a 72 meses). Los diagnósticos se muestran en la tabla I.

La dosis media de OXC que se administraba a los pacientes al final del estudio fue de 851 mg/día (intervalo de 300-1.200/día).

Escala analógica visual

Globalmente, la media aritmética de la suma de las cinco EVA en la evaluación basal (puntuación máxima de 500) es de 158,88 y en la evaluación final es de 89,7, lo cual supone una reducción global del 43,5%.

Las diferencias observadas en las EVA totales fueron estadísticamente significativas cuando se compararon los resultados de cada visita con los resultados de la evaluación basal (Tabla II).

Tabla I. Distribución de las frecuencias de los diagnósticos en los pacientes estudiados.

	<i>n</i>
Síndrome poslaminectomía con radiculargia	13
Síndromes de dolor regional complejo tipo I	7
Lesión medular con dolor neuropático infralesional	7
Neuralgia posherpética	5
Dolor fantasma postamputación	4
Síndromes de dolor regional complejo tipo II	2
Avulsión de plexo braquial	1
Neuropatía por sida	1
Total	40

Tabla II. Comparación y diferencia en el valor medio del total de las cinco EVA y de las puntuaciones en las escalas Lattinen y McGill, obtenidos en visita basal, semana 4, semana 8 y visita final.

	Disminución en la puntuación media (DE)	Intervalo de confianza	Error estándar	<i>p</i>
EVA: basal-semana 4	55,52 (45,35)	40,6-70,4	7,35	< 0,001
EVA: basal-semana 8	73,17 (47,06)	56,7-89,6	8,07	< 0,001
EVA: basal-final	77,36 (55,51)	57,7-97,0	9,66	< 0,001
Lattinen: basal-semana 4	3,06 (2,93)	2,6-4,6	0,47	< 0,001
Lattinen: basal-semana 8	5,11 (3,57)	3,9-6,4	0,61	< 0,001
Lattinen: basal-final	5,69 (3,94)	4,3-7,1	0,68	< 0,001
McGill: basal-semana 4	5,08 (4,3)	3,6-6,5	0,7	< 0,001
McGill: basal-semana 8	7,26 (4,66)	5,6-8,9	0,79	< 0,001
McGill: basal-final	8,3 (4,43)	6,7-9,9	0,77	< 0,001

La importancia que la intervención terapéutica tuvo sobre la intensidad de los diversos tipos de síntomas dolorosos expresados en las EVA se representa calculando el tamaño del efecto, siendo mayor el efecto en los dolores lancinante y urente, y menos en el dolor disestésico. El valor de la *d* de Cohen obtenido para cada uno de los síntomas dolorosos se presenta en la figura 1.

Se ha comparado también la evolución de los pacientes con DNP (25 casos con datos en la evaluación basal y en la final) frente a los de origen central (DNC: ocho casos válidos). La media aritmética de la suma de las cinco EVA, basales y finales, de los pacientes con DNP, fueron de 168,6 y 95,9, respectivamente; los pacientes con DNC, sus EVA medias inicial y final fueron de 162,1 y 70,4, respectivamente (reducción del 43,2 y 56,6%, respectivamente) (Tabla III).

Igualmente, se compararon los resultados de las EVA en pacientes con y sin alodinia. Los pacientes con alodinia tuvieron una EVA basal media máxima de 73, y la final fue de 31,2. En cambio, en los pacientes sin alodinia la EVA basal era de 69 y la final de 40,8 mm. La reducción en la percepción del dolor en los pacientes con y sin alodinia fue del 57,26 y del 40,86%, respectivamente.

Por síntomas, se observó una disminución en las EVA de todos ellos ya apreciable desde el día 15 de tratamiento y que se mantuvo a lo largo de todo el estudio. Esta reducción varió desde un 29,64% en el dolor disestésico hasta un 56,19% en la alodinia; el dolor lancinante se redujo un 54,02% como media, el dolor urente un 35,16% y otros tipos de dolor un 30,32%.

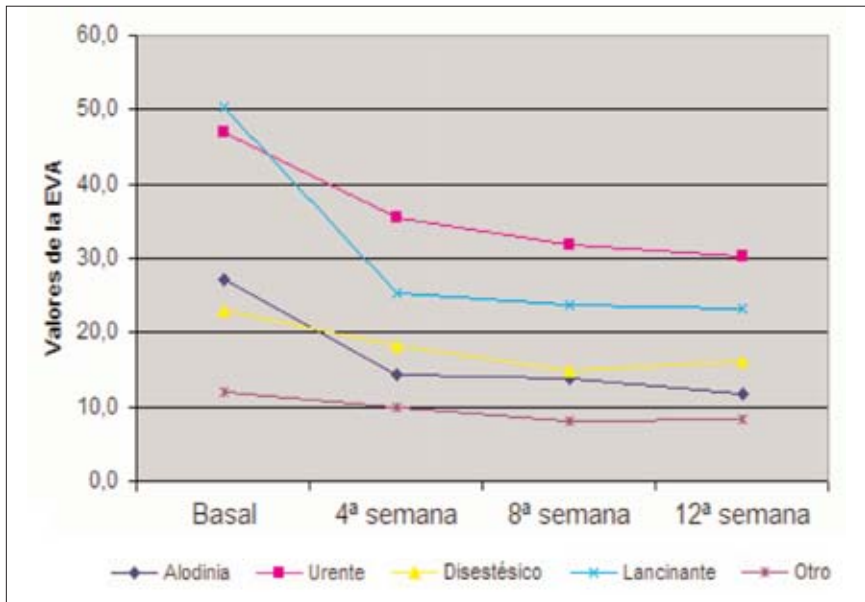


Figura 1. Evolución de la EVA, por síntomas, durante el estudio (*d* de Cohen para cada síntoma: alodinia: 0,48; urente: 0,60; disestésico: 0,25; lancinante: 0,87; otro: 0,15).

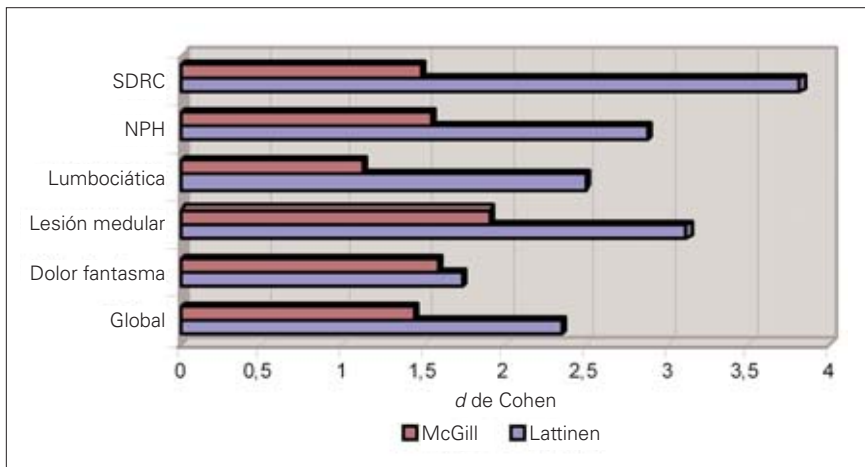


Figura 2. Importancia, global y por patologías, del efecto del tratamiento con oxcarbazepina en pacientes con dolor neuropático. En todos los casos, la *d* de Cohen supera el valor de 0,8.

Tabla III. Reducción del dolor según puntuaciones de las EVA, por categorías de dolor neuropático.

	N.º de casos válidos	EVA basal (DE)	EVA final (DE)	<i>p</i>	Pocentaje de reducción
De origen periférico	25	168,6 (46,9)	95,9 (49,9)	< 0,001	43,2
De origen central	8	162,1 (33,2)	70,4 (45,3)	0,01	56,6

Los valores basal y final obtenidos en las EVA de los diferentes tipos de dolor, así como los obtenidos en las escalas multidimensionales, se presentan en la tabla IV.

Escalas multidimensionales

La eficacia global de OXC en el DN se ha evaluado con las escalas multidimensionales de Lattinen y McGill.

Al igual que con las puntuaciones de las EVA, las diferencias observadas en las escalas de Lattinen y McGill fueron estadísticamente significativas cuando se compararon los resultados de cada visita con los resultados de la evaluación basal (Tabla II). La puntuación final de la escala Lattinen

se redujo en un 41,33% respecto a la puntuación basal y la de la escala McGill se redujo un 54,53% (Tabla IV).

El efecto del tratamiento sobre el DN globalmente considerado fue importante, y se evaluó con la *d* de Cohen a partir de los valores obtenidos tanto en la escala de Lattinen como en la de McGill. Desde el punto de vista clínico, el importante efecto del tratamiento se deduce de dichos valores, que siempre fueron muy superiores a 0,8, como se puede apreciar en la figura 2, donde se presenta el efecto del tratamiento con OXC, por patologías.

Como se muestra en las gráficas de la figura 3, el efecto terapéutico de OXC no se manifiesta más en unas edades que en otras: la amplia dispersión de los valores que se aprecia en las gráficas refleja la ausencia de correlación entre la edad y las diferencias en los valores basal-final, tanto en el cuestionario de Lattinen ($r = 0,14; p = 0,44$) como en el de McGill ($r = 0,24; p = 0,17$).

La tabla V muestra la relación de la dosis de OXC utilizada y su eficacia, evaluada en las escalas multidimensionales con la *d* de Cohen. En este estudio no se observa una correlación de dosis utilizada-eficacia clínica.

Impresión global

La impresión global del tratamiento por parte del paciente ha sido de ‘extremadamente satisfactorio’ o ‘muy satisfactorio’ en 20 casos (Fig. 4).

El grado de satisfacción del paciente, por patologías, se describe en la tabla VI: los pacientes con dolor fantasma, lesión medular o SDRC puntúan con una media que se acerca al grado ‘muy satisfactorio’.

Efectos secundarios

Se observaron efectos secundarios en 10 pacientes (25%), que obligaron a suspender el tratamiento en ocho (20%) de ellos. En algunos pacientes coincidieron varios efectos secundarios. Los efectos secundarios observados (y el número de casos) fueron: mareos (cinco casos), molestias abdominales con náuseas (tres), vómitos (uno), somnolencia (cuatro), visión borrosa (dos), diplopía (uno), astenia (uno), cefalea (uno).

Un total de seis pacientes tratados con 600 mg, ninguno de los tratados con 900 mg y tres tratados con 1.200 mg, tuvieron efectos secundarios. La frecuencia de abandonos y efectos secundarios por dosis se enumera en la tabla VII.

DISCUSIÓN

En esta serie de 40 pacientes, la OXC se ha mostrado de gran utilidad en el DN crónico, tanto de origen central como periférico.

Aunque puede llamar la atención el hecho de que el valor medio de 158,8 (sobre un total de 500) obtenido en la EVA basal es bajo –el valor medio de una escala EVA sería la quinta parte, es decir 31,8, lo cual es un valor que correspondería a un dolor tolerable–, no debemos olvidar que dicha cifra es el resultado de obtener la media del conjunto de todas las EVA para los diversos tipos de dolores (alodinia, dolor urente, disestésico, lancinante, etc.) y para todos los diagnósticos. Así, los pacientes con lumbociática tienen valores muy bajos en la EVA basal para alodinia, pero altos para dolor lancinante; o los pacientes diag-

Tabla IV. Valores basal y final obtenidos en las EVA de los diferentes tipos de dolor y en las escalas multidimensionales.

	Basal	Final	Porcentaje de reducción
Escala visual analógica			
Alodinia	27,03	11,84	56,19
Dolor urente	46,87	30,39	35,16
Dolor disestésico	22,87	16,09	29,64
Dolor lancinante	50,22	23,09	54,02
Otro dolor	11,87	8,27	30,32
Escalas multidimensionales			
McGill-SF	14,12	6,42	54,53
Lattinen	12,7	7,45	41,33

Tabla V. Correlación entre dosis y eficacia clínica, expresada con dos perspectivas: la *d* de Cohen y la diferencia entre las puntuaciones basal-final.

Dosis	<i>d</i>		Diferencia basal-final	
	Lattinen	McGill	Lattinen	McGill
600	2,39	1,69	5,18	8,07
900	8,00	1,76	4,00	7,75
1.200	2,15	1,09	5,52	6,77

Tabla VI. Impresión global del tratamiento según el paciente. Porcentaje de pacientes que encuentran el tratamiento extremadamente satisfactorio o muy satisfactorio y valores medios de satisfacción.

	Porcentaje	Media
Dolor fantasma	50	3,75
Lesión medular	71	3,29
Lumbociática	38	2,85
NPH	40	2,80
SDRC	56	3,56

NPH: neuralgia posherpética; SDRC: síndromes de dolor regional complejo; 5: extremadamente satisfactorio; 4: muy satisfactorio; 3: algo satisfactorio; 2: insatisfactorio; 1: muy insatisfactorio.

Tabla VII. Frecuencia de efectos secundarios y abandonos, en relación con la dosis.

Dosis	Efectos secundarios	Abandonos
300 mg/día	1	1
600 mg/día	6	3
900 mg/día	0	0
1.200 mg/día	3	4
Total	10	8

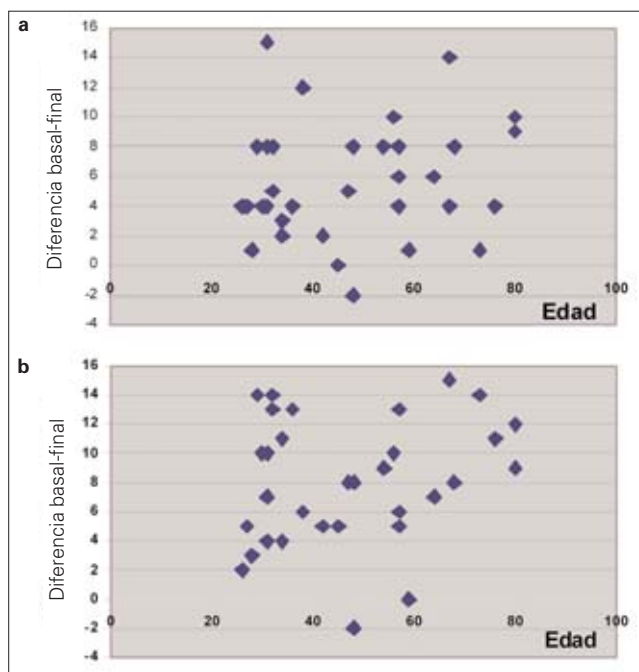


Figura 3. Correlación entre la edad y las diferencias basal-final en los cuestionarios de Lattinen (a) $-r = 0,14$; $p = 0,44$ - y McGill (b) $-r = 0,24$; $p = 0,17$ -.

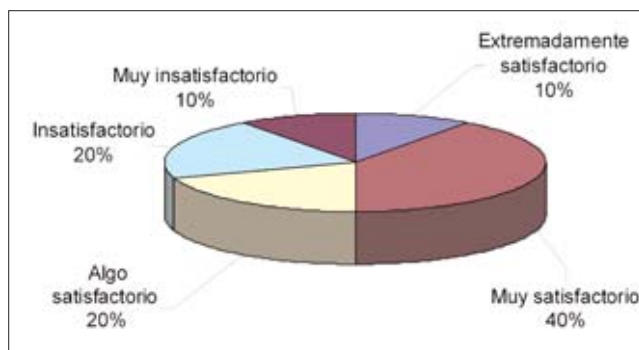


Figura 4. Grado de satisfacción con el tratamiento en el conjunto de los pacientes.

nosticados de dolor fantasma no señalan dolor urente, pero si alodinia. La ausencia de cierto tipo de dolor en pacientes con determinado diagnóstico disminuye el promedio de todas las EVA, al valorarse éstas globalmente.

Por tanto, es más relevante el análisis de la eficacia específica de OXC en los diversos tipos de dolor indicados por los pacientes. En base, pues, a los resultados obtenidos en este estudio, se puede decir que la OXC consigue disminuir diferentes variantes sintomáticas de este dolor, pero especialmente las descargas lancinantes ($d = 0,87$, efecto grande) y el dolor urente ($d = 0,60$, efecto moderado-grande), aunque también la alodinia ($d = 0,48$, efecto moderado) mejora con el tratamiento. El hecho de que los pacientes con alodinia manifiesten una respuesta favorable, le confiere especial relevancia, ya que este es uno de los síntomas del DN más difícil de aliviar.

Independientemente de la edad y de las dosis administradas en este estudio, la eficacia del tratamiento, evaluada globalmente con los cuestionarios de Lattinen y McGill, es alta.

En opinión de los propios pacientes, la respuesta al tratamien-

to ha sido buena o muy buena en un 50% de ellos, lo que puede considerarse un alto índice de respuestas favorables, en especial si tenemos en cuenta que se trata de una muestra previamente rebelde a otros tratamientos.

Respecto a los efectos secundarios, éstos se han observado con una frecuencia que no muestra relación con la dosis administrada. La tolerabilidad ha sido aceptable. Con una adecuada educación del paciente y comenzando con dosis bajas, es muy probable que mejore la tolerabilidad a este fármaco.

Por otra parte, el hecho de que puede administrarse cada 12 horas facilita el cumplimiento terapéutico.

En conclusión, la OXC puede considerarse como una alternativa a tener muy en cuenta en pacientes con DN de diferentes etiologías, ya que presenta una buena relación beneficio-riesgo y es un tratamiento bien aceptado por los pacientes. Estos resultados se muestran en consonancia con otros estudios recientes [14-16].

BIBLIOGRAFÍA

1. Sindrup SH, Jensen TS. Efficacy of pharmacological treatments of neuropathic pain: an update and effect related to mechanism of drug action. *Pain* 1999; 83: 389-400.
2. Jensen TS, Baron R. Translation of symptoms into mechanisms in neuropathic pain. *Pain* 2003; 102: 1-8.
3. Woolf CJ, Mannion RJ. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms and treatment. *Lancet* 1999; 353: 1959-64.
4. Serra J. Overview of neuropathic pain syndromes. *Acta Neurol Scand* 1999; 73: 7-11.
5. McQuay H. Neuropathic pain: evidence matters. *Eur J Pain* 2002; 6: 11-8.
6. McQuay H, Carrol D, Jadad AR, Wiffen PJ, Moore A. Anticonvulsant drugs for management of pain: a systematic review. *BMJ* 1995; 311: 1047-52.
7. Zakrzewska JM, Patsalos PN. Long-term cohort study comparing medical (oxcarbazepine) and surgical management of intractable trigeminal neuralgia. *Pain* 2002; 95: 259-66.
8. Carter GT, Galer BS. Advances in the diagnosis and management of peripheral nerve disease. *Phys Med Rehabil* 2001; 2: 447-59.
9. White HS. Comparative anticonvulsant and mechanistic profile of the established and newer antiepileptic drugs. *Epilepsia* 1999; 40: 2-10.
10. Herranz JL, Argumosa A. Características e indicaciones de la oxcarbazepina. *Rev Neurol* 2002; 35 (Suppl 1): 101-9.
11. Beydoun A, Schmidt D, D'Souza J. Meta-análisis de ensayos comparativos de oxcarbazepina frente a carbamazepina en la neuralgia del trigémino. Abstract book. Baltimore: 21st Annual Scientific Meeting of the American Pain Society; 2002. p. 4-5.
12. Caviedes BE, Herranz JL. Avances en la fisiopatología y en el tratamiento del dolor neuropático. *Rev Neurol* 2002; 35: 1037-48.
13. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care* 1989; 27: 178-89.
14. Royal M, Wienecke G, Movva W, Ward S, Bhakta B, Jensen M, et al. Open label trial of oxcarbazepine in neuropathic pain. *Pain Med* 2001; 2: 250-1.
15. Beydoun A. Oxcarbazepina: estudios en el dolor. Actas de la I Reunión Latinoamericana de Oxcarbazepina en dolor neuropático. Barcelona: Prous Science; 2002.
16. Gálvez R, Caballero J, Romero J, Ruiz S, Vilchez MJ, Reina J, et al. La oxcarbazepina como un nuevo antiepileptico en el manejo del dolor crónico [póster]. IX ESRA Local Meeting; 2003.

EFICACIA Y TOLERANCIA DE LA OXCARBACEPINA EN DOLOR NEUROPÁTICO CRÓNICO: ESTUDIO DE 40 CASOS

Resumen. Introducción. La falta de respuesta del dolor neuropático (DN) a tratamientos analgésicos habituales o la existencia de efectos adversos, ha hecho recomendable evaluar la eficacia analgésica de los fármacos antiepilepticos que, como en el caso de la oxcarbazepina (OXC), son una alternativa válida. Objetivo. Evaluar la eficacia y tolerabilidad de la OXC en pacientes con DN crónico. Pacientes y métodos. Estudio abierto, prospectivo, de una serie de 40 pacientes diagnosticados de DN de larga evolución, previamente refractario a diferentes tratamientos con anticomociales, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), opiáceos y coadyuvantes. Los pacientes se trataron con OXC y se evaluaron en las visitas basal (antes del tratamiento) y final (después del tratamiento) por medio de una escala visual analógica (EVA), escalas de McGill-SF y cuestionario de Lattinen. También se obtuvo la impresión general del resultado por parte del paciente. El análisis estadístico se realizó mediante el cálculo del 'tamaño del efecto' (effect size), computando la d de Cohen. Resultados. El tratamiento con OXC consigue disminuir diferentes variantes sintomáticas de este dolor; pero especialmente las descargas lancinantes (d = 0,87, efecto grande) y el dolor urente (d = 0,60, efecto moderado-grande), aunque también la alodinia (d = 0,48, efecto moderado) mejora con el tratamiento. En opinión de los propios pacientes, la respuesta al tratamiento ha sido buena o muy buena en un 50% de ellos. Los principales efectos secundarios observados fueron mareos, somnolencia y molestias abdominales. Conclusiones. La OXC puede considerarse como una alternativa terapéutica a tener muy en cuenta en pacientes con DN de diferentes etiologías, presenta una buena relación beneficio-riesgo y es un tratamiento bien aceptado por los pacientes. [REV NEUROL 2005; 40: 711-5]

Palabras clave. Dolor neuropático. Oxcarbazepina. Tolerancia. Tratamiento.

EFICÁCIA E TOLERÂNCIA DA OXCARBAZEPINA NA DOR NEUROPÁTICA CRÓNICA: ESTUDO DE 40 CASOS

Resumo. Introdução. A falta de resposta da dor neuropática (DN) a tratamentos analgésicos habituais ou a existência de efeitos adversos, tornou recomendável avaliar a eficácia analgésica dos fármacos antiepilepticos que, como no caso da oxcarbazepina (OXC), são uma alternativa válida. Objectivo. Avaliar a eficácia e tolerância da OXC em doentes com DN crónico. Doentes e métodos. Estudo aberto, prospectivo, de uma série de 40 doentes diagnosticados com DN de longa evolução, previamente refractário a diferentes tratamentos com antiepilepticos, anti-inflamatórios não esteróides (AINE), opiáceos e coadjuvantes. Os doentes foram tratados com OXC e avaliados nas visitas basal (antes do tratamento) e final (depois do tratamento), através de uma escala visual analógica (EVA), escalas de McGill-SF e questionário de Lattinen. Também se obteve a impressão geral do resultado por parte do doente. A análise estatística realizou-se mediante o cálculo do 'tamanho de efeito' (effect size), computando a d de Cohen. Resultados. O tratamento com OXC consegue diminuir diferentes variantes sintomáticas desta dor; mas especialmente as descargas lancinantes (d = 0,87, efeito grande) e a dor ardente (d = 0,60, efeito moderado-grande), bem como a alodinia (d = 0,48, efeito moderado) que melhora com o tratamento. Na opinião dos próprios doentes, a resposta ao tratamento tem sido boa ou muito boa em 50% deles. Os principais efeitos secundários observados foram tonturas, sonolência e dores abdominais. Conclusões. A OXC pode considerar-se como uma alternativa terapéutica a ter muito em conta em doentes com DN de diferentes etiologias, apresenta uma boa relação benefício-riesgo e é um tratamento bem aceite pelos doentes. [REV NEUROL 2005; 40: 711-5]

Palavras chave. Dor neuropática. Oxcarbazepina. Tolerância. Tratamiento.