

VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD CASTELLANO-MANCHEGA DE NEUROLOGÍA

Alcázar de San Juan (Ciudad Real), 25 y 26 de mayo de 2001

Cefalea por hipotensión de LCR secundaria a síndrome de hiperfunción valvular

I. López-Zuazo, A. Berbel, E. Orts, E. Botia

Servicio de Neurología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

Introducción. La cefalea por hipotensión licuoral es un síndrome bien definido y frecuentemente encontrado después de una punción lumbar. Su mecanismo de producción se relaciona con la tracción sobre estructuras intracraneales y meníngeas sensibles al dolor debido al descenso del cerebro por efecto de la gravedad y fallar el mecanismo amortiguador del LCR. El otro componente es una vasodilatación secundaria de las venas cerebrales para compensar la pérdida de volumen y de presión intracraneal. **Caso clínico.** Mujer de 69 años a la que le fue colocada una válvula de derivación ventriculoperitoneal de presión media debido al desarrollo de una hidrocefalia obstructiva secundaria a un quiste aracnoideo expansivo en la región pineal, que comprimía el III ventrículo. Después de dos años de permanecer libre de síntomas comenzó a presentar una cefalea postural durante la bipedestación, de gran intensidad, localizada en vértex y región occipital, y que mejoraba a los pocos minutos de adoptar el decúbito. Se acompañaba de náuseas, fotofobia, mareo, anorexia y letargia. Se midió la presión en decúbito del sistema de derivación, que fue de 50 mmH₂O, y se procedió a colocar mediante anestesia local un dispositivo antisifón en la parte distal del sistema con mejoría de los síntomas. **Discusión.** Hasta un 55% de los pacientes con *shunt* pueden tener un drenaje ventricular sintomático. Sus efectos son una disminución de la presión intracraneal, una reducción o colapso del tamaño ventricular, un síndrome de hipotensión licuoral y una lentificación del relleno de los mecanismos valvulares palpables. **Conclusiones.** En pacientes portadores de válvula de drenaje, la cefalea por hipotensión licuoral es, junto con la infección y la obstrucción del *shunt*, causa frecuente de cefalea. Su presentación durante el ortostatismo es el síntoma guía para su diferenciación.

Migraña oftalmopléjica asociada a angioma del seno cavernoso

A. Berbel^a, P. González^b, A. Ramos^c, R. Sáiz-Díaz^d, E. Orts^a, I. López-Zuazo^a, E. Botia^a

^aUnidad de Neurología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real. ^bServicio de Neurocirugía. ^cServicio de Neurorradiología. ^dServicio de Neurología. Hospital Doce de Octubre. Madrid.

Introducción. La migraña oftalmopléjica es una entidad rara que asocia cefaleas y parálisis oculomotoras. Siempre debe ser un diagnóstico

de exclusión tras descartar previamente una lesión paraselar (seno cavernoso). Describimos una migraña oftalmopléjica atípica tanto por su clínica como por la asociación a patología focal. **Caso clínico.** Mujer de 18 años que acude a la consulta de neurología por cuadro de cefalea de repetición hemisférica fronto-orbitaria izquierda, de características pulsátiles, que asociaba diplopía; durante la misma se objetivaba abducción del ojo izquierdo. Tanto la cefalea como la diplopía desaparecían de manera espontánea, o tras medicación analgésica, en unas horas y de manera prácticamente simultánea. La exploración neurológica intercrisis era normal. Se realizó una RM craneal que reveló la existencia de una probable malformación arteriovenosa dependiente del seno cavernoso izquierdo. Finalmente, se realizó una arteriografía que determinó la existencia de un angioma venoso situado en núcleo caudado izquierdo que drenaba en seno esfenopalatino ipsilateral, y posteriormente en seno cavernoso. **Conclusiones.** La migraña oftalmopléjica es una entidad de diagnóstico infrecuente que puede cursar con afectación de diferentes nervios: III (es el más frecuente), IV y VI, midriasis unilateral fluctuante. Debe descartarse patología focal acompañante en el seno cavernoso (malformativa, tumoral o inflamatoria). La atipicidad de la clínica hizo sospechar la existencia de patología focal (el dolor suele preceder a la afectación del nervio en días y la neuropatía persiste días o semanas hasta su recuperación, una vez ha desaparecido la cefalea).

Cefalea en acúmulos sintomática. Presentación de un nuevo caso

T. Segura, J.D. Gómez, B. Rallo, M.D. Zorita

Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete.

Introducción. La cefalea en acúmulos es una de las cefaleas consideradas primarias por la clasificación de la IHS. Sin embargo, se han descrito algunos casos en los que la presencia de esta cefalea se asoció a lesiones intracraneales. **Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 62 años que consultó por una cefalea de instauración reciente, consistente en episodios recortados, de aproximadamente 10 minutos, recurrentes, 6-8 episodios al día de dolor muy intenso, estrictamente unilateral (derecho), periorbitario, y que se acompañaba de hiperemia conjuntival, lagrimeo, congestión nasal y caída de párpado derecho. Además, refería diplopía ocasional, siempre coincidiendo con los accesos de dolor. La exploración neurológica sólo reveló leve ptosis derecha. Se instauró tratamiento profiláctico con verapamilo (240 mg/d), que logró la desaparición de las crisis de cefalea ya en la primera semana. El estudio etiológico posterior permitió descubrir una lesión extraxial redondeada, de características vasculares y 1,5 cm de diámetro en región

preoptina, que parecía improntar sobre la protuberancia. La angiografía selectiva cerebral identificó la lesión como aneurisma parcialmente trombosado de la arteria cerebral posterior derecha, que fue posteriormente embolizada y excluido de la circulación. El paciente está libre de cefalea desde hace 14 meses. **Discusión.** No se conoce con precisión la fisiopatología del mecanismo generador del dolor en la cefalea en acúmulos. La teoría más aceptada postula la existencia de un marcapasos biológico cerebral en la región hipotalámica, que sería el responsable de disparar el mecanismo productor del dolor, con una participación importante del nervio facial y del trigémino en la conducción algica. La participación de los vasos cerebrales o leptomeníngeos en la fisiopatología de esta cefalea es mucho más controvertida. Sin embargo, en nuestro caso, como en otros descritos en la literatura, parece ser una lesión vascular la responsable principal del inicio del dolor. **Conclusión.** Aunque la cefalea en brotes es clasificada por la IHS dentro de las cefaleas primarias, creemos que deberían solicitarse pruebas de neuroimagen en las formas de inicio reciente.

Morbilidad atendida en la consulta de cefaleas. Estudio transversal con 747 pacientes

P.E. Jiménez, J.A. Garrido, E. Cano, M.B. Vidal, A. Álvarez-Tejerina

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción. La cefalea presenta una alta prevalencia tanto en atención primaria como en atención especializada. Aparte de la elevada morbilidad que presenta, hay que tener en cuenta el importante coste socioeconómico, tanto directo como indirecto, así como en la calidad de vida del paciente. Al disponer en nuestro centro de consulta monográfica de cefaleas, creemos interesante desarrollar este estudio sobre la morbilidad atendida en nuestra consulta. **Objetivos.** Descripción de la morbilidad de los pacientes que presentan cefalea, basándonos en diversos parámetros como edad, sexo, diagnóstico, pruebas de imagen realizadas y tratamiento. **Pacientes y métodos.** Análisis descriptivo de 747 pacientes elegidos de forma aleatoria en un período de seis meses. **Resultados y conclusiones.** 1. La cefalea es más frecuente en la mujer; 2. La migraña sin aura y la cefalea crónica diaria son los diagnósticos más prevalentes; 3. Las algias y neuralgias faciales son las que consultan más precozmente; 4. Los antecedentes psiquiátricos son más frecuentes en la cefalea tensional episódica; 5. En la mayoría de las pruebas de imagen los hallazgos encontrados no justifican la cefalea; 6. En Atención Primaria el tratamiento preventivo está infratratado; 7. Hemos detectado abuso de analgésico en un 30% de los pacientes.

Migraña hemipléjica familiar. A propósito de un caso

F. Ceres, R.E. Ibáñez, M. Gudín, P. de Luis, M.A. del Real, J. Vaamonde

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Ciudad Real.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 13 años de edad que ingresa por déficit de fuerza en extremidades derechas. No tenía antecedentes personales de interés y entre sus antecedentes familiares destacaban episodios de migraña con déficit focales neurológicos en varios miembros de su familia materna. El día anterior a su ingreso comenzó con un cuadro de vómitos biliosos y diarrea, que fue catalogado como gastroenteritis. Unas horas después comenzó con déficit de fuerza en extremidades derechas y, posteriormente, cefalea opresivo-pulsátil, intensa, acentuándose el cuadro vegetativo (náuseas, vómitos...). En la exploración la paciente se encontraba consciente, desorientada en tiempo y espacio, con una paresia facial central derecha, una hemiparesia derecha de predominio braquial y una hiporreflexia en dichas extremidades. El resto de la exploración, tanto la neurológica como la general, fue normal. Durante su ingreso la evolución fue favorable; el déficit neurológico desapareció, aunque presentó un nuevo episodio de hemiplejía derecha, con nistagmus y mutismo –resuelto en dos horas aproximadamente–, seguido de cefalea pulsátil que se resolvió sin secuelas neurológicas. Los resultados de las pruebas complementarias, que incluyeron hemograma, estudio de coagulación, bioquímica, PCR, FR, ANA, anti-ADN, VIH, Rosa de Bengala, RPR, recuento y bioquímica de LCR, TAC cerebral sin y con contraste, ecocardiograma y eco-Doppler de TSA, estuvieron dentro del límite de la normalidad. **Conclusión.** La paciente fue diagnosticada de migraña hemipléjica familiar, entidad infrecuente que se hereda de forma autosómica dominante. A propósito de este caso se discute el diagnóstico diferencial de esta entidad.

Protocolo de tratamiento preventivo con sertralina para cefalea tensional crónica y gabapentina para la migraña

P.E. Jiménez, M.B. Vidal, E. Cano, J.A. Garrido, A. Álvarez-Tejerina

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción. El tratamiento de la cefalea tensional crónica y de la migraña comprende tratamiento sintomático y preventivo. Este último comprende varios fármacos: los anti-depresivos son los preferiblemente indicados para la cefalea tensional, y betabloqueantes y calcioantagonistas lo son para la migraña. Últimamente se están llevando a cabo estudios de eficacia de nuevos anti-depresivos y anti-epilépticos para el tratamiento preventivo de las cefaleas primarias. **Objetivos.** Valorar la eficacia y seguridad de sertralina y gabapentina en el tratamiento preventivo de

la cefalea tensional crónica y migraña, respectivamente. Desarrollar un estudio multicéntrico con estos protocolos en las secciones de neurología de los hospitales de Castilla-La Mancha. **Pacientes y métodos.** Estudio de 25 pacientes con cada protocolo. El trabajo se realiza mediante diversas visitas y se establece el tratamiento de forma escalonada. **Resultados y conclusiones.** Por desarrollar.

Tratamiento con topiramato de la neuralgia del trigémino refractaria a otros tratamientos

E. Botia, E. Orts, A. Berbel, I. López-Zuazo

Servicio de Neurología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

Introducción. El tratamiento médico habitual de la neuralgia del trigémino es ineficaz hasta en el 55% de casos. El topiramato actúa en diversos mecanismos bioquímicos implicados en el dolor neuropático. Existen casos descritos de respuesta a topiramato en neuralgia intercostal y en neuralgia del trigémino que no habían respondido a cirugía. **Objetivos.** Valorar el efecto a corto plazo del topiramato en casos de neuralgia del trigémino refractaria al tratamiento médico habitual. **Diseño:** observacional, prospectivo, no controlado ni aleatorizado. Los criterios de Inclusión fueron: neuralgia del trigémino idiopática o postherpética, sin respuesta al tratamiento médico con al menos tres fármacos en la dosis máxima tolerable y sin tratamiento quirúrgico previo. Se consideró que hubo respuesta al tratamiento si la disminución de la intensidad del dolor era de al menos 3 puntos en una escala subjetiva de 1 a 10, o bien si la reducción de la frecuencia de los episodios era de al menos un 50%. **Resultados.** En un período de seis meses se atendieron 4 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Todos ellos llevaban al menos un año con dolor diario. En 3 de los 4 casos se observó una mejoría de la intensidad del dolor de al menos 3 puntos y en 2 de los 4 casos la frecuencia del dolor se redujo al menos en un 50 %. La respuesta se obtuvo con dosis bajas de topiramato (menos de 200 mg/día). El paciente que no mejoró en tratamiento con topiramato respondió a cirugía con microcompresión percutánea del ganglio de Gasser (técnica de Mullan). Los efectos secundarios observados durante el tratamiento con topiramato incluyeron pérdida de peso, calambres en miembros inferiores y leve somnolencia. Estos efectos adversos desaparecieron al disminuir la dosis, manteniéndose el efecto sobre el dolor. **Conclusiones.** El topiramato podría ser útil en pacientes con neuralgia del trigémino (idiopática o postherpética) refractaria a otros tratamientos. La respuesta puede ocurrir incluso con dosis bajas. En los casos presentados la respuesta se mantuvo al menos tres meses, pero se desconoce su efecto a largo plazo. Son necesarios ensayos clínicos controlados con seguimiento a largo plazo para valorar la eficacia del topiramato en esta patología.

Neuralgia del trigémino refractaria a tratamiento médico

E. Orts, E. Botia, I. López-Zuazo, A. Berbel

Servicio de Neurología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

Introducción. La neuralgia esencial del trigémino constituye una de las algias faciales más frecuentes y en un porcentaje alto de pacientes puede llegar a ser realmente invalidante, además de estar considerada como uno de los cuadros dolorosos más intensos que puede padecer el ser humano. Hoy en día hay una práctica unanimidad de que hasta el 85% de los casos considerados esenciales son debidos a una compresión de las raíces trigeminales y/o del ganglio semilunar por una estructura vascular, siendo el resto de los casos secundarios a otros procesos como tumores, lesiones desmielinizantes e isquémicas de los núcleos o de las vías trigeminales centrales. **Caso clínico.** Presentamos el caso de una paciente de 57 años que desarrolló un cuadro compatible con neuralgia del trigémino que afectaba a las ramas maxilar y mandibular derechas. Se descartaron causas secundarias mediante estudios de neuroimagen (TC y RM cerebral con cortes finos de fosa posterior). La paciente respondió inicialmente de forma satisfactoria al tratamiento con carbamacepina en dosis de 600 mg/día. Pero posteriormente hubo un empeoramiento que no fue controlado con este fármaco ni con otros tratamientos clásicos, e incluso los antiepilepticos de última generación (lamotrigina, gabapentina y topiramato), que recientemente han sido empleados en este trastorno. La paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante una microcompresión percutánea del ganglio de Gasser según la técnica de Mullan. La evolución ha sido satisfactoria y tras diez meses de seguimiento la paciente no ha presentado nueva sintomatología y está libre de medicación. **Conclusión.** Se revisan las diferentes opciones terapéuticas actuales que incluyen los tratamientos farmacológicos clásicos y los más recientes, así como las diferentes técnicas quirúrgicas que han ido desarrollándose para tratar esta dolencia.

ÍNDICE DE AUTORES

Álvarez-Tejerina, A. 92, 93
 Berbel, A. 92, 93
 Botia, E. 92, 93
 Cano, E. 92, 93
 Ceres, F. 93
 de Luis, P. 93
 del Real, M.A. 93
 Garrido, J.A. 92, 93
 Gómez, J.D. 92
 González, P. 92
 Gudín, M. 93
 Ibáñez, R.E. 93
 Jiménez, P.E. 92, 93
 López-Zuazo, I. 92, 93
 Orts, E. 92, 93
 Rallo, B. 92
 Ramos, A. 92
 Sáiz-Díaz, R. 92
 Segura, T. 92
 Vaamonde, J. 93
 Vidal, M.B. 92, 93