Neurology Perspectives. 2022;2(Espec Cong 1):489

Neurology perspectives

17670 - NEURALGIA TRIGEMINAL SINTOMÁTICA COMO MANIFESTACIÓN DE UN INFARTO BULBAR LATERAL (SÍNDROME DE WALLEMBERG)

Seoane Fernández, D.; Muñoz García, M.; Martín Jiménez, P.; Roca Rodríguez, L.; Llamas Velasco, S.; Martínez Salio, A.; Calleja Castaño, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Resumen

Objetivos: Resaltar la neuralgia craneal como síntoma del infarto bulbar lateral, dentro del amplio espectro de manifestaciones sensitivas y de tipos de cefalea que puede presentar este síndrome.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico y revisión narrativa de la literatura.

Resultados: Varón de 54 años con antecedentes principales de sobrepeso y tabaquismo activo, sin cefaleas habituales. Consultó por un cuadro súbito de paroxismos de 1 minuto de duración de dolor punzante supraorbitario derecho (región trigeminal V1) muy intenso (EVA 9/10), con intervalos de minutos libre de dolor. Posteriormente asoció acorchamiento de la hemicara derecha y del miembro superior derecho, ataxia truncal con lateropulsión derecha, dismetría dedo-nariz derecha, disartria y disfagia con abolición del reflejo nauseoso derecho (NIHSS de 3 puntos). El dolor no asociaba signos trigémino-autonómicos. Mediante RM y angioRM se confirmó un infarto bulbar lateral derecho de etiología aterotrombótica. El dolor se desencadenaba con el tacto local, cumplía los criterios ICHD-3 para neuralgia trigeminal y se controló con lacosamida, apoyando su naturaleza neuralgiforme central por afectación del núcleo o tracto espinal inferior del trigémino.

Conclusión: La cefalea aguda ipsilateral es un síntoma frecuente del infarto bulbar lateral. Puede consistir en cefalea persistente a nivel posterior, dolor facial (habitualmente asociado a hipoestesia), neuralgia trigeminal sintomática (típicamente oftálmica, como nuestro caso) o cefalea de características trigémino-autonómicas (raramente). Puede ser continuo o intermitente, y aparecer en la fase aguda o de forma diferida. Ocasionalmente coexiste dolor “cruzado” en el hemicuerpo contralateral. Además, un dolor cervical persistente puede traducir una disección arterial vertebral subyacente.

2667-0496 / © 2022, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Neurología (SEN). Todos los derechos reservados.