

21587. CEFALEA TUSÍGENA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE CANVAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Campos, E.¹; San Miguel, M.²; Molina Goicoechea, M.³; Miguel Navas, P.³; Escriche Gorospe, E.³; Esnaola Barriola, I.³; Martín Bujanda, M.³

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; ²Servicio de Neurología. Clínica San Miguel; ³Servicio de Neurología. Hospital de Navarra.

Objetivos: Repasar el diagnóstico de la cefalea tusígena y describir su asociación con el síndrome de ataxia cerebelosa con neuropatía y arreflexia vestibular (CANVAS) a propósito de un caso.

Material y métodos: Hombre de 54 años exfumador, con hipertensión arterial, fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom® y episodios de vértigo. En 2017 es diagnosticado de cefalea en relación con hematoma subdural que desapareció tras evacuación del mismo. Comienza meses después con cefalea periorbitaria izquierda asociada a accesos de tos, sin hallazgos patológicos en exploración. Durante la evolución inicia con parestesias distales en los 4 miembros y marcha inestable con hipoestesia e hipopalestesia distal, marcha atáxica, temblor postural, reflejos exaltados y clonus.

Resultados: La resonancia magnética (RM) craneal objetivó un subependimoma del cuarto ventrículo con estabilidad de la lesión en los posteriores controles de RM, por lo que se diagnosticó de hallazgo incidental. Ante la tos crónica se realizaron pruebas respiratorias, con resultado normal. La valoración otorrinolaringológica mostró hipofunción vestibular bilateral. Dada la progresión del cuadro se solicitó autoinmunidad, serologías, anticuerpos onconeuronales, determinación de vitaminas y TC toracoabdominal, con resultados normales. El estudio neurofisiológico objetivó polineuropatía axonal y sensitiva, con potenciales somatosensoriales disminuidos. Finalmente se confirmó una mutación en el gen RFC1 en el estudio genético, compatible con enfermedad de CANVAS.

Conclusión: No hemos encontrado en la literatura ningún otro caso de CANVAS asociado a cefalea tusígena. Este fue el síntoma guía en el abordaje diagnóstico de nuestro caso. Un manejo precoz y multidisciplinar de estos pacientes resulta esencial para mejorar su calidad de vida.

20995. SÍNDROME DE STURGE-WEBER TIPO III CON MIGRAÑA HEMIPLÉJICA Y RESPUESTA A GALCANEZUMAB

Mena Gómez, G.; Castillo Ruiz, A.; Sánchez Villanueva, E.; Acsente, A.; Salazar Cabrera, M.; Acuña Enríquez, E.

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: Estudio de una paciente con migrañas con auras hemipléjica y disfásica con angiomas leptomeningea.

Material y métodos: Mujer de 27 años, zurda, con antecedentes de epilepsia focal secundaria a MAV y migrañas desde la adolescencia. Acude a urgencias, como gestante de 33 semanas, por disfasia mixta moderada y parestesias en miembro superior izquierdo con posterior cefalea. Había presentado episodios previos de características similares en domicilio.

Resultados: Un EEG sin alteraciones y RM cerebral sin datos de isquemia aguda, pero con captación de señal cortical y leptomeningea con hiposeñal ecogradiante prominentes en venas subcorticales hacia plexo coroideo, drenando a su vez en la vena de Galeno a nivel parietooccipital, confirmados tras administración de contraste. Datos compatibles con angiomas leptomeningea, con sospecha de síndrome de Sturge-Weber. Al alta hospitalaria presentaba mejoría de la disfasia, recuperándose una semana después. Durante el seguimiento se confirmó ausencia de lesiones dermatológicas ni oftalmológicas. Dada cefalea incapacitante refractaria a otros preventivos, se pauta galcanezumab. La paciente presentó mejoría clínica muy significativa, con cefaleas de leve intensidad y sin auras.

Conclusión: El síndrome de Sturge-Weber (SSW) es un síndrome neurocutáneo que asocia normalmente angiomas faciales, coroides y leptomeningeos, siendo el tipo III (afectación intracraneal exclusiva) el más infrecuente. La hipótesis sugiere que la desregulación hemodinámica cerebral precipita una depresión cortical que daría lugar a auras motoras más prolongadas. El SSW debería ser considerado en estudio etiológico de migraña, dado que algunos síntomas clásicos, como angiomas faciales o retraso mental, pueden estar ausentes. Los anticuerpos monoclonales anti-CGRP son útiles en prevención de auras discapacitantes.

21207. CEFALEA CON CARACTERÍSTICAS MIGRAÑOSAS COMO PRESENTACIÓN DE UNA FÍSTULA DURAL CARÓTIDO-CAVERNOSA BILATERAL

Sosa Luis, J.; Iglesias Mohedano, A.; Vales Montero, M.; Lozano López, M.; García Pastor, A.; Díaz Otero, F.; Vázquez Alén, P.; Boto Martínez, R.; Portela Martínez, L.; Fernández Bullido, Y.; Contreras Chicote, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: Las fístulas durales son un tipo de fístula arteriovenosa resultado de la comunicación anómala entre arterias menígeas y senos venosos durales. Presentamos el caso de un paciente con clínica de cefalea como debut de una fístula dural carótido-cavernosa (FCC) bilateral.

Material y métodos: Revisión de un caso clínico de un paciente diagnosticado e intervenido de una FCC bilateral.

Resultados: Varón de 68 años, exfumador, acude a urgencias por clínica de 10 días de evolución de ojo rojo derecho no doloroso, siendo diagnosticado de conjuntivitis. Diez días después, asocia además cefalea hem craneal pulsátil, por lo que se diagnostica de cefalea migrañosa. Debido a la persistencia de dicha cefalea y aparición de diplopía horizontal, acude nuevamente a urgencias donde se evidencia limitación de la aducción del ojo derecho. La RM y angioTC no mostraron alteraciones inicialmente. Con la sospecha de síndrome de Tolosa-Hunt, se iniciaron corticoides intravenosos en planta de neurología, con respuesta parcial al tratamiento. Tres semanas tras el alta, experimenta un empeoramiento con aparición de exoftalmos unilateral derecho y acúfenos pulsátiles. Se decide completar con arteriografía diagnóstica donde se objetiva FCC bilateral, siendo la derecha con reflujo cortical y la izquierda con drenaje al seno cavernoso. Se intervienen mediante embolización en dos tiempos, mejorando la clínica, con persistencia únicamente de leve diplopía.

Conclusión: La presentación clínica de las FCC es muy variada, pudiendo simular otros procesos neurológicos. En este caso, varios diagnósticos previos al definitivo fueron establecidos. Diagnosticar precozmente este tipo de patología es muy importante por las posibles complicaciones potencialmente graves e implicaciones terapéuticas.

21192. NEUROPATÍA LINGUAL POSTRAUMÁTICA

Maruri Pérez, A.; Gutiérrez Bedia, P.; Ortega Macho, J.; Obregón Galán, J.; Malaret Segurado, M.; Porta Etesam, J.; González García, N.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Aunque no es muy frecuente, una posible causa de daño trigeminal es el traumatismo. Las características de la neuropatía trigeminal traumática suelen ser diferentes de la neuralgia del trigémino clásica. Suele existir además de dolor paroxístico, dolor continuo con una exploración patológica con hallazgos como: hiperalgesia, alodinia o hipoestesia.

Material y métodos: Se trata de un varón de 59 años, con exodoncia hace 15 años, que refiere sensación de "quemazón", paroxismos de