

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 hipopallestesia 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 angiomatosis leptomenígea.

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 leptomenígea con hiposeñal ecogradiente prominentes en venas subcorticales haciaplexo coroideo, drenando a su vez en la vena de Galeno a nivel parietooccipital, confirmados tras administración de contraste. Datos compatibles con angiomatosis leptomenígea, con sospecha de síndrome de Sturge-Weber. Al alta hospitalaria presentaba mejoría de la disfasia, recuperándose una semana después. Durante en 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 neurológico que asocia normalmente angiomas faciales, coroideos y leptomenígeos, siendo el tipo III (afección intracranal 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 fistulas durales son un tipo de fistula 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 fistula 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 hemiplánea 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 Etessam, 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

dolor en forma de descargas eléctricas e hipersensibilidad continua en la cara lateral de la hemilengua derecha desde ese procedimiento, con exacerbaciones al contacto. Esto se ha mantenido estable a lo largo de este tiempo y un dato muy significativo es que todos los síntomas desaparecen con la anestesia del nervio lingual (realizada por el odontólogo). **Resultados:** En la exploración se encuentra únicamente hipoestesia en la hemilengua derecha, siendo el resto de exploración neurológica normal. El paciente había recibido tratamiento con pregabalina y oxcarbazepina sin mejoría. Se realiza RMN cerebral con secuencias de contacto vascular, descartándose este. Con todos estos datos se diagnostica al paciente de neuropatía del nervio lingual derecho posttraumática. Los síntomas están actualmente controlados con eslicarbazepina y lamotrigina.

Conclusión: Una causa poco frecuente de neuropatía trigeminal es la posttraumática, pero resulta clave preguntar por antecedentes. El daño puede ser mecánico, químico, térmico o por radiación y el dolor suele ser tanto paroxístico como continuo. El tratamiento farmacológico es similar al de otras causas de neuropatía trigeminal, con el uso de neuromoduladores para aumentar el umbral de despolarización del nervio.

21562. ESTUDIO DESCRIPTIVO LONGITUDINAL RETROSPETIVO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA PRIMERA CONSULTA TELEFÓNICA DE CRIBADO DE CEFALEAS

Rodríguez García, B.; González Terriza, F.; Ravelo León, M.; Aguilera Aguilera, J.; Rodríguez Carrillo, J.; González García, A.; Vizcaya Gaona, J.; Carvalho Monteiro, G.; López Mesonero, L.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos: La cefalea es el primer motivo neurológico de consulta en nuestro medio, con una prevalencia en la población general europea del 51% aproximadamente. Su derivación desde atención no especializada va en aumento en los últimos años. Queremos analizar la utilidad de implementar una consulta telefónica de cefaleas como cribado de consulta presencial.

Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo unicéntrico de pacientes diagnosticados de cefalea y derivados desde atención primaria o el servicio de urgencias a neurología en nuestra área de salud entre septiembre y mayo de 2024. Se recopilaron variables sociodemográficas y clínicas.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes, siendo el 72,5% mujeres, con edad media 38,5 ($\pm 15,47$) años. 38 (74,5%) fueron derivados desde atención primaria y 13 (25,5%) desde urgencias. La migraña fue el diagnóstico más frecuente (43 pacientes, 84,31%) siendo el 25,5% de ellas con aura. Se dieron de alta a 12 pacientes (23,5%) tras una primera consulta telefónica, requiriendo 39 (76,47%) valoración mediante consulta presencial. De estos últimos, el 33,3% fueron dados de alta y 66,6% tuvieron seguimiento. Solo 1 paciente (1,98%) acudió a urgencias tras la valoración presencial.

Conclusión: La implantación de consultas telemáticas de cribado de cefaleas puede ser una herramienta útil para disminuir la lista de espera en las consultas de neurología, detectar signos de alarma, determinar la necesidad de una consulta presencial y empoderar al paciente explicándole su proceso y proporcionándole medidas farmacológicas y no farmacológicas. Se necesitarían estudios más amplios y prospectivos para analizar la seguridad y el impacto de esta medida a nivel poblacional.

21359. EFECTO DEL CAMBIO DE ANTICUERPO MONOCLONAL ANTI-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA

López Gata, L.; Portilla Cuenca, J.; Garcés Pellejero, M.; Olea Ramírez, L.; Barneto Clavijo, A.; Morales Bacas, E.; Duarte Martín, J.; García Gorostiaga, I.; Falcón García, A.; Casado Naranjo, I.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Cáceres.

Objetivos: Los anticuerpos monoclonales contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (anti-CGRP) han supuesto un cambio de paradigma en el tratamiento preventivo de la migraña. Aunque cada vez hay más evidencia sobre su uso, su eficacia y seguridad después del cambio entre anticuerpos es menos conocida. Nuestro objetivo es evaluar la respuesta al cambio de tratamiento monoclonal en pacientes con migraña.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con migraña crónica o episódica de alta frecuencia que precisaron cambio de anti-CGRP por ineficacia o efectos adversos. Evaluamos características demográficas y la influencia del cambio sobre los días de cefalea y migraña al mes, así como escalas de calidad de vida (MIDAS, HIT-6) y cambio experimentado (PGIC).

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes consecutivos, de los cuales 11 (10,3%) precisaron cambio de monoclonal tras seis meses de tratamiento. El 72,7% eran mujeres, media 45 años; 81,8% presentaban migraña crónica y media de 4,5 tratamientos preventivos previos. A los 3 meses, se observó una reducción de DMM [-4,6 (1,8), $p = 0,03$] y diferencias significativas en escalas MIDAS [-42,9 (8,5), $p < 0,0001$], HIT-6 [-7,2 (2,9), $p = 0,03$] y PGIC [+1,5 (0,5), $p = 0,01$]. A los 6 meses se mantuvo una reducción en DMM [-8 (2,5), $p = 0,03$], DCM [-16 (3,7), $p = 0,01$] y mejoría en escala PGIC [+2,6 (0,7), $p = 0,03$].

Conclusión: En nuestra serie, el 10,3% de los pacientes con migraña precisaron cambio de anti-CGRP a los 6 meses, consiguiéndose una reducción significativa en los DMM y DCM, así como en las escalas de calidad de vida que se asoció con mejor calidad de vida y experiencia del paciente.

20105. ANALIZANDO EL MANEJO DE LA ALGIA FACIAL ATÍPICA EN UN HOSPITAL TERCARIO. ¿QUÉ HACEMOS CON ESTE “CAJÓN DE SASTRE”?

Pedrero Prieto, M.; Nieves Castellanos, C.; Navarro Mocholí, E.; Olivier, M.; Díaz Insa, S.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es realizar un estudio descriptivo de las características clínicas, diagnósticas y manejo terapéutico de pacientes atendidos por dolor facial atípico en un hospital terciario.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo con seguimiento longitudinal mediante la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos por dolor facial atípico durante los años 2013-2023 ($n = 81$).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 54,4 años con predominio del sexo femenino (79%). El 23,5% tenían otra cefalea asociada, principalmente migraña. El 27,2% se debieron a una causa secundaria. La semiología más frecuente fue un dolor neuropático de curso intermitente de más de 6 meses de evolución. Casi el 40% asociaban un trastorno psiquiátrico, principalmente insomnio. La polifarmacia estaba presente en el 44,4% de los pacientes estando relacionada a su vez con mayor prevalencia de opiáceos ($p < 0,001$) y benzodiacepinas ($p = 0,027$). El 23,4% de los pacientes no fueron estudiados con RM cerebral. El principal tratamiento oral fue un neuromodulador (71,6%). La prevalencia de mórfitos fue del 16% y en tan solo 6,2% se realizó deprescripción a lo largo de su evolución. El 26% recibieron tratamiento combinado con toxina botulínica y/o bloqueo anestésico. Casi el 45% de los pacientes mejoraron. Los pacientes atendidos en UCDF asociaban más otra cefalea ($p = 0,024$) y mayor comorbilidad psiquiátrica ($p = 0,009$).

Conclusión: El diagnóstico de aljia facial atípica es un reto por su variable presentación clínica y conlleva alta carga de comorbilidad psiquiátrica y polifarmacia. Se recomendaría un abordaje en unidades de cefalea especializadas y multidisciplinares.