

fecha 7 casos de HAM/TSP; 2 de ellos eran inmigrantes procedentes de áreas endémicas, 4 eran españoles que habían residido en ellas y del caso restante se desconocen los datos exactos⁷⁻¹⁰. En nuestro paciente se desconoce el modo de transmisión.

En los últimos años el aumento de las corrientes migratorias a Europa procedentes de zonas endémicas puede producir que observemos un aumento de la incidencia de la infección del virus HTLV-I en las próximas décadas, así como de enfermedades relacionadas con ella.

Bibliografía

1. Joseph R. Zunt. Co-infection: retrovirus and others CNS infections. American Academy of Neurology, 2007 Annual Meeting.
2. Kaplan JE, Osame M, Kubota H, Igata A, Nishitani H, Maeda Y, et al. The risk of development of HTLV-I associated myelopathy/tropical spastic paraparesis among persons infected with HTLV-I. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1990;3:1096–101.
3. Carod-Artal FJ, Mourao Mesquita H, Da Silveira Ribeiro L. Manifestaciones neurológicas y discapacidad en pacientes que padecen mielopatía asociada al HTLV-I. *Neurología*. 2007;22:1–9.
4. Report of World Health Organization Scientific Group on HTLV-I infection and associated diseases. Kagoshima, Japan 10-15 december 1988.
5. Castro Costa C, Araujo A, Marreto M, Takayanagui O, Sohler M, Da Silva E, et al. Proposal for diagnostic criteria of tropical spastic paraparesis/HTLV-I associated myelopathy (TSP/HAM). *AIDS Res Human Retrovir*. 2006;22:931–5.
6. Salamano R, Valiño J, Savio E, Scaramelli A, Pietra M, Russi J, et al. Paraparesia asociada al HTLV-I. Una nueva enfermedad en Uruguay: a propósito de dos casos clínicos. *Rev Med Uruguay*. 1998;14:69–72.
7. Soriano V, Calerón E, Cilla G, Aguilera A, Merino F, Gutierrez M, Grupo Español para el Estudio de la Infección HTLV-I/II. Análisis multicéntrico de la infección por HTLV-I y HTLV-II en España. *Med Clin (Barc)*. 1993;100:492–6.
8. Soriano V, Gutierrez M, Vallejo A, Aguilera A, Calerón E, Franco E, Grupo Español para el Estudio de la Infección HTLV-I/II. Infección por HTLV-I en España. Análisis de 2 casos identificados hasta noviembre de 1994. *Med Clin (Barc)*. 1995;105:246–50.
9. Gámez J, Matas L, Caballero E, Solans R, Cervera-Alvarez C, Rauer N, et al. Paraparesia espástica por HTLV-I: identificación temprana de un nuevo caso. Revisión de la casuística española. *Neurología*. 2001;16:172–5.
10. Carbone J. Activación crónica de células T y B en la mielopatía asociada al HTLV-I. *Neurología*. 2002;17:121–2.

M.E. Herrero Prieto

Servicio de Neurología, Hospital General de Fuerteventura, Puerto del Rosario, Las Palmas, España

Correo electrónico: mherreroprieto@yahoo.es

Accesible en línea el 14 de octubre de 2010

doi:10.1016/j.j.nrl.2010.07.007

Un caso de cefalea atípica con evolución de cefalea numular a *epicrania fugax*

Atypical migraine progressing from nummular headache to *epicrania fugax*

Sr. Editor:

Pareja et al¹ han descrito recientemente un nuevo síndrome o variante de cefalea denominada *epicrania fugax*. Presentamos un nuevo caso de cefalea con características similares y evolución peculiar.

Mujer de 23 años, sin enfermedades previas de interés salvo cefalea tensional infrecuente. Desde hacía unos meses presentaba dolor tipo pinchazo en un punto concreto del cuero cabelludo, menor de 1 cm de diámetro y de localización parietal izquierda. Duraba 2–3 seg, de intensidad moderada-severa y a veces persistía tras él un dolor leve de unas horas de duración. Le ocurría 3–4 veces al día sin desencadenante. La exploración neurológica fue normal, salvo por la presencia de un punto hipersensible en la zona de dolor. Hemograma con VCM 77 y resonancia magnética craneal normal. A los 2 meses de la primera visita las características del dolor eran similares; sin embargo, en una nueva valoración a los 5 meses refirió cambios

desde hacía unas semanas: el dolor acontecía 1–2 veces al día, irradiaba siempre al ojo homolateral, ocasionalmente se acompañaba de lagrimeo y raramente irradiaba a oído izquierdo. Entre paroxismos no presentaba síntomas. El resto de las características eran similares: dolor tipo pinchazo, intensidad moderada-severa y 2–3 seg de duración. Siguió varios tratamientos (gabapentina, tramadol, complejos vitamínicos, flunarizina) sin clara respuesta a ninguno (leve mejoría transitoria con gabapentina y flunarizina).

Nuestra paciente es una mujer joven que comenzó con dolor punzante de escasos segundos de duración y localización epicraneal, en un único punto del cuero cabelludo inervado por la primera rama del trigémino, de intensidad moderada-severa, sin más síntomas, que le ocurría varias veces al día. Entre paroxismos presentaba inicialmente dolor leve en el área sintomática. Este comienzo es compatible con cefalea numular: dolor en un área parietal circunscrita, con exacerbaciones lancinantes de segundos y, entre periodos sintomáticos, posibilidad de alteraciones de sensibilidad en la zona afectada^{2,3}. Sin embargo, con la evolución el dolor irradió al ojo, a veces acompañado de epífora, lo que cumple todas las características de cefalea *epicrania fugax*, que se ha descrito como dolor de única localización que, comenzando en región temporal o parietal posterior de cuero cabelludo, puede irradiarse a la región orbitaria homolateral y la nariz, en algunos casos con

síntomas autonómicos homolaterales. La secuencia dura 1–10 seg y el número de ataques es 2 al mes e incontables cada día¹. Tiene una media de edad al comienzo de 46 años y una relación mujeres:varones de 9:1. Cefalea numular y *epicrania fugax* comparten una base fisiopatológica común, ya que se las considera cefaleas primarias de origen periférico epicraneal^{1,3}, lo que podría explicar el solapamiento entre las dos entidades en nuestro caso. El diagnóstico diferencial de la cefalea de nuestra paciente también debe realizarse con las denominadas cefaleas ultrabreves^{1,2,4,5}. Guardaría relación con cefalea punzante primaria, que afecta a jóvenes, se localiza en región orbitaria-temporal o parietal, cursa con dolor punzante de pocos segundos y se repite de una a varias veces al día. Sin embargo, la localización es habitualmente múltiple, la difusión del dolor es muy rara y nunca se acompaña de síntomas autonómicos^{1,3,4}. En nuestro caso el dolor era exclusivamente en un punto del cuero cabelludo, con hipersensibilidad en la zona, y con la evolución irradiaba a la región orbitaria homolateral. Aunque tiene similitud con la neuralgia de la primera rama del trigémino, esta localización es rara, presenta puntos gatillo desde la segunda y la tercera rama trigeminal en zonas como mentón y surco nasolabial y la duración del ataque suele ser menor^{1,4}. No podríamos clasificarlo como cefalea tipo SUNCT, que tiene duración de 5–240 seg y localización fundamentalmente orbitaria, supraorbitaria o temporal³.

En conclusión, presentamos un caso de cefalea atípica que, aunque presentaba al inicio características de cefalea numular, podría incluirse en la descrita^{1,6} *epicrania fugax*.

Bibliografía

1. Pareja JA, Cuadrado ML, Fernández de las Peñas C, Caminero AB, Nieto C, Sánchez C, et al. Epicrania fugax: an ultrabrief paroxysmal epicranial pain. *Cephalalgia*. 2008;28:257–63.
2. Headache Classification Comité of the Internacional Headache Society. An International Journal of Headache. 2.^a ed. *Cephalalgia*. 2004;Suppl 1:1–164.
3. Pareja JA, Pareja J, Barriga FJ, Barón M, Dobato JL, Pardo J, et al. Nummular headache. A prospective series of 14 new cases. *Headache*. 2004;44:611–4.
4. Pareja JA, Cuadrado ML, Caminero AB, Barriga FJ, Barón M, Sánchez del Río M. Duration of attacks of first division trigeminal neuralgia. *Cephalalgia*. 2004;25:305–8.
5. Sjaastad O, Pettersen H, Bakkesteing LS. The Vågå study of headache epidemiology II. Jabs: clinical manifestations. *Acta Neurol Scand*. 2002;105:25–31.
6. Alvaro LC, García F, Sádaba F. Epicrania fugax: tipos clínicos en 4 nuevos casos. LX Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología. 2008:171–80.

M. Fontalba-Navas^{a,*}, A. Arjona-Padillo^b

^a Unidad docente de Medicina de Familia y Comunitaria, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

^b Unidad de Neurología Clínica y Diagnóstica, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mnfont@hotmail.com
(Fontalba-Navas M.)

doi:10.1016/j.nrl.2010.03.011