

Cefalea tipo SUNCT (*Short-lasting unilateral neuralgiform headache attack with conjunctival injection and tearing*) asociada a lesión hipofisaria[☆]



SUNCT (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attack with conjunctival injection and tearing) associated with pituitary lesion

Sr. Editor:

La cefalea SUNCT (*short-lasting unilateral neuralgiform headache attack with conjunctival injection and tearing*) fue caracterizada por Sjaastad et al. en el año 1978¹, surgiendo desde entonces numerosos artículos referentes a la misma^{2,3}. En el momento actual, queda incluida en el subgrupo de las cefaleas trigémino autonómicas, dentro de la *Classification International of Headache Disorders*⁴. Aunque en la mayoría de las ocasiones se considera primaria, existen casos secundarios a afección estructural de fosa posterior y, especialmente, de la región hipofisaria^{5,6}. Más discutido es el papel de los agentes farmacológicos como potenciales generadores de esta entidad, a destacar en este sentido, la posible influencia bidireccional de los agentes dopaminérgicos. Describimos un caso de cefalea SUNCT secundaria a la toma de agonista dopaminérgico ergótico en un paciente con hiperprolactinemia por microadenoma hipofisario.

Varón de 24 años, diagnosticado de hiperprolactinemia secundaria a microprolactinoma hipofisario lateral derecho, sin invasión del seno cavernoso, en tratamiento con cabergolina. Tras el inicio del tratamiento presentó episodios de cefalea intensa, pulsátil, de localización periorbitaria derecha acompañada de inyección conjuntival, lagrimeo y rinorrea ipsilateral. Presentaban una duración máxima de 3 min, con incremento progresivo de los episodios hasta llegar a presentar un episodio cada 30 min a diario. La cefalea cumplía criterios para SUNCT. Se suspendió el tratamiento con cabergolina y se añadió tratamiento con lamotrigina (50 mg/12 h). Se realizó una RM (figs. 1 y 2), que mostró microadenoma hipofisario estable respecto al control. A los 15 días de dichas medidas, el paciente experimentó una clara mejoría, presentando a los 3 meses menos de 5 episodios de dolor al mes. Ante la persistencia de las cifras elevadas de prolactina, se inició tratamiento con quinagolida (agonista dopaminérgico no ergótico), con normalización de las cifras de prolactina y sin reactivación de la cefalea.

Existen descripciones en la literatura de pacientes con cefalea SUNCT con micro o macroadenomas hipofisarios, tanto funcionantes como no⁷⁻¹². Aunque la relación fisiopatológica no está del todo establecida, la mayoría de los autores consideran como hipótesis más verosímil la posible

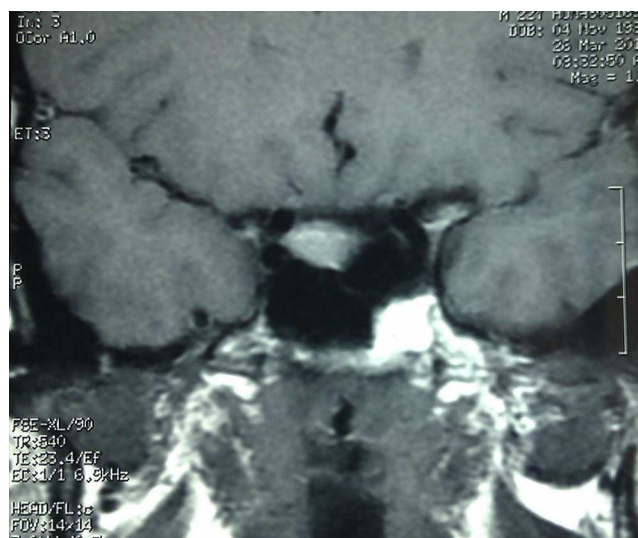


Figura 1 RM T1 corte sagital previa a la cefalea.

excitación mecánica del trigémino por efecto local compresivo a nivel del seno cavernoso, pero esto no explicaría por qué microadenomas causan este síndrome. Otra hipótesis establece la posible alteración neurohumoral ocasionada por dichos tumores. Dentro de esta línea, se han descrito casos de empeoramiento o aparición de cefalea SUNCT tras el inicio de tratamiento con agonistas dopaminérgicos⁹⁻¹², como el presentado por nosotros, pero también casos en los que el comienzo del tratamiento mejoró la cefalea tipo SUNCT previa⁷, pudiendo ejercer, por tanto, un efecto y el contrario, sin que se conozca con certeza la base fisiopatológica de ninguna de estas situaciones. En nuestro caso, la relación temporal entre el inicio del tratamiento y la eclosión del dolor, el hecho de que no hubiesen aparecido síntomas de SUNCT de forma previa a pesar de la existencia del microprolactinoma, la ausencia de cambios clínico-radiológicos de la enfermedad hipofisaria de base y la desaparición del dolor tras la retirada del fármaco apoyarían como un importante factor desencadenante de la cefalea, el agonista dopaminérgico ergótico. En cuanto a la no reagudización de la misma



Figura 2 RM T1 con contraste; corte sagital tras la cefalea.

[☆] Este trabajo ha sido presentado como póster en la sección de cefaleas en la LXIV Reunión anual de la Sociedad Española de Neurología.

con el inicio de otro agonista, no queda del todo aclarada, pero pudiera deberse a la naturaleza no ergótica de este segundo compuesto, situación también descrita en otro caso en la bibliografía⁹.

Por todo ello, y a pesar de las cuestiones fisiopatológicas no del todo resueltas, es importante conocer la existencia de estos casos secundarios de SUNCT, así como interrogar sobre posibles fármacos intercurrentes, que pudiesen llegar a contribuir de forma decisiva al desarrollo de la misma, como en nuestro caso.

Bibliografía

1. Sjaastad O, Russel D, Horvan I, Brune U. Multiple neuralgiform, unilateral headache attacks associated with conjunctival injection and appearing in cluster. A nosological problem. *Proc Scand Migr Soc.* 1978;31.
2. Pareja JA, Sjaastad O. SUNCT syndrome: A clinical review. *Headache.* 1997;37:195–202.
3. Pareja JA, Caminero A, Sjaastad O. SUNCT syndrome: Diagnosis and treatment. *CSN Drugs.* 2002;16:373–83.
4. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 3rd ed (beta version). *Cephalalgia* 2013;33(9):629–808.
5. Caminero AB, Mateos V. El hipotálamo en el SUNCT: similitudes y diferencias con las otras cefaleas trigeminoautónomas. *Rev Neurol.* 2009;49:313–20.
6. Levy MJ, Matharu MS, Meeran K, Powell M, Goadsby PJ. The clinical characteristics of headache in patients with pituitary tumors. *Brain.* 2005;128:1921–30.
7. Matharu MS, Levy MJ, Merry RT, Goadsby PJ. SUNCT syndrome secondary to prolactinoma. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 2003;74:1590–2.
8. Rocha-Filho PAS, Galvao ACR, Teixeira MJ, Rabello GD, Fortin I, Calderano M, et al. SUNCT syndrome associated with pituitary tumors. *Arq Neuropsiquiatr.* 2006;64:507–10.
9. Massiou H, Launay JM, Levy C, El Amrani M, Emperauger B, Bousser MG. SUNCT syndrome in two patients with prolactinomas and bromocriptine-induced attacks. *Neurology.* 2002;58:1698–9.
10. Larner AJ. Headache induced by dopamine agonists prescribed for prolactinoma: Think SUNCT? *Int J Clin Pract.* 2006;60:360–1.
11. Levy JM, Matharu MS, Goadsby J. Prolactinomas, dopamine agonists and headache: Two case reports. *Eur J Neurol.* 2003;10:169–73.
12. Jiménez PE, Caballero. SUNCT syndrome in patient with prolactinoma and carbegoline-induced attacks. *Cephalalgia.* 2007;27:76–8.

L. Pulido Fontes* y S. Mayor Gómez

Servicio de Neurología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lpfontes7@yahoo.es (L. Pulido Fontes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.j.nrl.2013.09.002>