

infecciones oportunistas y neoplasias, así como la mejoría de la AV tras el tratamiento antirretroviral, apoyan esta hipótesis⁹. También se ha asociado a la infección por VIH una neuritis remitente-recurrente con inflamación (esclerosis múltiple-like) con buena respuesta a tratamiento corticoideo. Aunque la serología para sífilis sea negativa, algunos autores recomiendan asociar penicilina debido al alto porcentaje de comorbilidad entre ambas infecciones¹.

Es fundamental el seguimiento estrecho del paciente con VIH que presenta una neuropatía óptica posterior debido a la posible aparición ulterior de una necrosis retiniana aguda por herpes zóster o un linfoma del SNC. Las posibilidades de dicha complicación se ven incrementadas en pacientes ya diagnosticados del síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida. Sin embargo, la neuropatía óptica debida al VIH no parece correlacionarse con el nivel de linfocitos CD4 ni a la presencia de infecciones oportunistas¹.

Conclusión

La neuropatía óptica retrobulbar unilateral asociada al VIH es una manifestación infrecuente. Aunque debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante cuadros atípicos en pacientes seropositivos, también puede suponer la forma de presentación de una infección por el VIH. El diagnóstico es de exclusión, tras haber descartado la presencia de infecciones oportunistas, neoplasias del SNC o toxicidad medicamentosa.

Financiación

No se ha recibido ninguna aportación económica de ningún organismo público ni entidad privada para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con respecto a la publicación de este trabajo.

Bibliografía

1. Stewart MW. Human immunodeficiency virus and its effects on the visual system. *Infect Dis Rep.* 2012;4:e25.
2. Jiménez Caballero PE, Serviá Candela M. Bilateral optic neuropathy in an HIV patient. *Neurología.* 2010;25:267–8.
3. Gautier D, Rabier V, Jallet G, Milea D. Visual loss related to macular subretinal fluid and cystoid macular edema in HIV-related optic neuropathy. *Int Ophthalmol.* 2012;32:405–8.
4. Winward KE, Harmed LM, Glaser JS. The spectrum of optic nerve disease in human immunodeficiency virus infection. *Am J Ophthalmol.* 1989;107:373–80.
5. Babu K, Murthy KR, Rajagopalan N, Satish B. Vision recovery in human immunodeficiency virus-infected patients with optic neuropathy treated with highly active antiretroviral therapy: A case series. *Indian J Ophthalmol.* 2009;57:315–8.
6. Mustak H, Rogers G, Cook C. Ethambutol induced toxic optic neuropathy in HIV positive patients. *Int J Ophthalmol.* 2013;6:542–5.
7. Rebolledo Fernández G, Muñoz Negrete F. En: *Protocolos en Neuro-oftalmología.* Sociedad Española de Oftalmología; Madrid: Macs Line SL; 2010. Cap. 3. p. 81.
8. Newman NJ, Lessell S. Bilateral optic neuropathies with remission in acute human immunodeficiency virus infection. *Acta Ophthalmol Scand.* 1992;76:737–8.
9. Goldsmith P, Jones RE, Ozuzu GE, Richardson J, Ong EL. Optic neuropathy as the presenting featuring of VIH infection: Recovery of vision with highly active antiretroviral therapy. *Br J Ophthalmol.* 2000;84:551–3.

F. Pérez-Bartolomé*, E. Santos-Bueso, N. Ávalos-Franco y J. Porta-Etessam

Unidad de Neurooftalmología, Servicio de Oftalmología, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Franciscoperezbartolome@gmail.com (F. Pérez-Bartolomé).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.06.006>
0213-4853/

© 2015 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Efecto de la terapia manual en la cefalea tensional



The effect of manual therapy on tension headache

Sr. Editor:

Hemos analizado con mucho interés el artículo publicado por Lozano López et al.¹, en el que se hace una revisión sistemática de los trabajos de investigación de diferentes autores que proponen a la terapia manual como una alternativa eficaz en la disminución de la sintomatología dolorosa en pacientes con cefalea tensional (CT). Las técnicas de terapia manual utilizadas en la mayoría de los

estudios realizados incluyeron técnicas articulares, movilización de tejido blando y entrenamiento muscular²; las mismas que han demostrado tener un efecto positivo, pero por la heterogeneidad de los síntomas de los pacientes, no ha sido posible estandarizar un protocolo de tratamiento que incluya una técnica específica, es más, muchos de estos estudios han obtenido mejores resultados asociando 2 o más técnicas manuales³. Estamos de acuerdo en que la diversidad de intervenciones no nos permite determinar cuál de las técnicas fue la más efectiva para el tratamiento de la CT; pero para nosotros es relevante el resultado no solo con relación a la disminución de la intensidad del dolor de cabeza, sino también en la disminución de la frecuencia de la misma⁴.

Aunque la verdadera causa de la CT es aún incierta, la presencia frecuente de síntomas asociados al dolor

de cabeza como *trigger points* en la zona cervical y pericraneal⁵, rigidez de las estructuras vertebrales cervicales e inhibición de la musculatura estabilizadora local nos motiva a la elaboración de un programa de tratamiento de terapia manual que aborde cada una de estas características disfuncionales en la CT.

La terapia manual es una especialidad muy desarrollada en varios países, pero en algunos como Perú donde recientemente se están formando especialistas en terapia manual, el protocolo de tratamiento médico de la CT en la mayoría de los casos se reduce solo a la prescripción de fármacos, sin derivar al paciente al servicio de fisioterapia para la aplicación de un tratamiento correctivo de los síntomas asociados a la CT; por lo antes mencionado se convierte en una importante necesidad la formación de un mayor número de terapeutas manuales que realicen investigaciones futuras y de esta manera obtener resultados relevantes en la sintomatología del paciente y así poder sustentar la eficacia de la terapia manual en el tratamiento de la CT.

Conflicto de intereses

No existe ningún conflicto de intereses por parte de ninguno de los autores de la presente carta.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras familias por el apoyo brindado en todo nuestro proceso de formación.

Bibliografía

1. Lozano López C, Mesa Jiménez J, de la Hoz Aizpurúa JL, Pareja Grande J, Fernández de las Peñas C. Eficacia de la terapia manual

en el tratamiento de la cefalea tensional. Una revisión sistemática desde el año 2000 hasta el 2013. *Neurología*. 2014;1:242.

2. Castien RF, van der Windt DA, Dekker J, Mutsaers B, Grooten A. Effectiveness of manual therapy compared to usual care by the general practitioner for chronic tension-type headache: Design of a randomised clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:21.
3. Espí-López GV, Rodríguez-Blanco C, Oliva-Pascual-Vaca A, Benítez-Martínez JC, Lluch E, Falla D. The effect of manual therapy techniques on headache disability in patients with tension-type headache. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2014;50:641–7.
4. Gemma V, Antonia GC. Efficacy of manual and manipulative therapy in the perception of pain and cervical motion in patients with tension-type headache: A randomized, controlled clinical trial. *J Chiropr Med*. 2014;13:4–13.
5. Castien RF, van der Windt DA, Blankenstein AH, Heymans MW, Dekker J. Clinical variables associated with recovery in patients with chronic tension-type headache after treatment with manual therapy. *Pain*. 2012;153:893–9.

L. Caballero-Calixto^{a,*}, P. Antón-Puescas^b
y J. Reyna-Ormeño^c

^a *Especialidad de Terapia Física, Facultad de Tecnología Médica, Universidad San Juan Bautista, Lima, Perú*

^b *Departamento de Fisioterapia, Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima, Perú*

^c *Escuela de Terapia Física, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lily.caballero6@gmail.com
(L. Caballero-Calixto).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.j.nrl.2015.06.005>
0213-4853/

© 2015 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Síndrome de vena cava superior como complicación del tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas



Superior vena cava syndrome as a complication of intravenous immunoglobulin treatment

Sr. Editor:

Un tratamiento habitualmente indicado en diversas enfermedades neurológicas son las inmunoglobulinas intravenosas¹. Su uso se ha relacionado con la producción de complicaciones tromboembólicas, con una incidencia en torno al 1,2-11,3%². Los mecanismos patogénicos implicados en su desarrollo son el aumento de la viscosidad plasmática,

el incremento de la adhesividad y del recuento plaquetario, y la presencia de anticuerpos procoagulantes y de factores de la coagulación no eliminados durante el proceso de fraccionamiento de las inmunoglobulinas^{2,3}.

La trombosis de la vena cava superior en pacientes en tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas es una complicación infrecuente, escasamente descrita en la literatura⁴. Su manejo puede resultar complicado, sobre todo en aquellos portadores de un catéter venoso central, puesto que no se han establecido pautas de manejo específicas^{4,5}.

Se presenta el caso de una mujer de 57 años, diagnosticada de polirradiculoneuropatía desmielinizante crónica inflamatoria, en tratamiento con azatioprina, deflazacort 6 mg/24 h e inmunoglobulinas intravenosas mensuales a dosis de 0,5 g/kg/día infundidas en 12 h durante 4 días, fumadora, sin otros antecedentes de interés. El tratamiento con inmunoglobulinas se administraba a través de un reservorio subcutáneo con catéter en vena cava superior desde