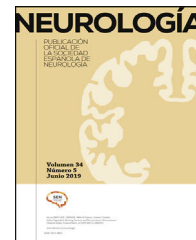




NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



CARTA AL EDITOR

Síndrome *long lasting autonomic symptoms with hemicraneal* (LASH), una entidad rara aún no reconocida

Long lasting autonomic symptoms with hemicraneal (LASH) syndrome, an uncommon headache

Sr. Editor,

Las cefaleas trigémino-autonómicas conforman un grupo de cefaleas caracterizadas por su elevada intensidad, unilateralidad y asociación con síntomas autonómicos ipsilaterales, tales como lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, hiperemia conjuntival y sudoración facial. La Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) clasifica dentro de este grupo a la cefalea en racimos, la hemicránea paroxística, la hemicránea continua y la cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración con inyección conjuntival y lagrimeo (SUNCT) o con síntomas craneales autonómicos (SUNA). Sin embargo, existen otras formas clínicas menos frecuentes que aún no han sido incluidas en la clasificación oficial.

Se presenta el caso de un paciente varón de 51 años, sin antecedentes personales ni familiares de migraña, fumador de un paquete de cigarrillos/día y consumidor de un litro de cerveza diario. Acudió al servicio de urgencias con un cuadro de cefalea hemicraneal derecha de 3 días de evolución, de carácter opresivo y continuo, con una intensidad de 6/10 en la escala numérica verbal (ENV), acompañada de hiperemia conjuntival ipsilateral.

El examen físico reveló ptosis palpebral derecha, miosis e hiperemia conjuntival ipsilateral, sin alteraciones significativas en el resto de la exploración. La analítica sanguínea no presentaba hallazgos relevantes, la resonancia magnética (RM) cerebral evidenció infartos lacunares crónicos en la región lenticular anterior y cápsula anterior izquierda, mientras que la RM cervical mostró estenosis foraminal derecha en C5-C6 sin signos de herniación discal. La angiotomografía de arterias supraaórticas e intracraneales no presentó hallazgos patológicos relevantes.

Se realizó el test de apraclonidina, observándose una mejoría significativa de la ptosis palpebral y la miosis ([fig. 1](#)), confirmando el diagnóstico de síndrome de Horner. Dos



Figura 1 Test de apraclonidina. Imagen superior: pre-test; imagen inferior: post-test.

días después del ingreso, la cefalea persistía, por lo que se instauró tratamiento con indometacina a una dosis inicial de 50 mg/cada 12 h, incrementándose a 75 mg/cada 12 h en 3 días, sin obtener respuesta analgésica. Ante la ausencia de hallazgos relevantes en los estudios de neuroimagen y analíticos, se le dio el alta hospitalaria con tratamiento con topiramato 100 mg/día y naproxeno 75 mg/cada 12 h.

Dos semanas después, ante la falta de respuesta analgésica, se realizó una infiltración del nervio occipital mayor con 2 ml de lidocaína al 2%, lo que propició una reducción significativa del dolor, con una intensidad de 1/10 en la ENV a los 7 días y resolución completa del dolor en 2 semanas. No obstante, el síndrome de Horner persistió durante 3 meses, resolviéndose de manera espontánea. Ante la presentación y evolución clínica, se estableció el diagnóstico de síndrome de *long-lasting autonomic symptoms* (LASH). A los 9 meses, el paciente mantenía remisión clínica.

El síndrome de LASH, descrito por Rozen en el año 2000¹, se caracteriza por cefalea unilateral de intensidad moderada, acompañada de síntomas autonómicos desproporcionados en relación con la intensidad del dolor. Estos síntomas pueden preceder a la cefalea y persistir tras su resolución. Actualmente, esta entidad no está incluida en la clasificación de la IHS.

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2025.501949>

0213-4853/© 2025 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Cómo citar este artículo: J.L. Camacho-Velasquez, B.C. Lobo-Minuve and J.A. Garcia-Alhama, Síndrome *long lasting autonomic symptoms with hemicraneal* (LASH), una entidad rara aún no reconocida, Neurología, <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2025.501949>

El síndrome de LASH se enmarca dentro del grupo de cefaleas trigémino-autonómicas, caracterizadas por la activación bidireccional del reflejo trigémino-autonómico. En la mayoría de los casos, la activación trigeminal precede al dolor e induce la estimulación del núcleo salivatorio, que explica la aparición de síntomas autonómicos. En el caso del síndrome de LASH, esta relación se invertiría², lo que justificaría la predominancia de los síntomas autonómicos sobre la cefalea.

En la serie de casos más extensa publicada sobre esta entidad³, se documentaron 7 casos: 2 secundarios a prolactinoma, uno postraumático y 4 de origen primario. El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de aproximadamente 3 años. Algunos pacientes presentaron síntomas migrañosos asociados. El caso secundario a prolactinoma respondió a cabergolina, mientras que otro mejoró parcialmente con oxígeno a alto flujo. El caso postraumático respondió a indometacina y melatonina, mientras que los 4 casos primarios fueron tratados con indometacina, lo que sugiere una posible relación con la hemicránea paroxística y la hemicránea continua⁴. Donnet et al.⁵ describieron un caso relacionado con el ciclo menstrual, con respuesta completa a indometacina.

El caso presentado presenta la particularidad de que el dolor no respondió a indometacina, y mostró una mejoría significativa tras la infiltración del nervio occipital mayor. Además, los síntomas autonómicos fueron más prolongados que en los casos previamente reportados

En el diagnóstico diferencial se descartó el síndrome oculosimpático de Raeder debido a la ausencia de lesiones carótideas o en la fosa craneal media. Asimismo, se excluyó la migraña con manifestaciones autonómicas debido a la falta de sonofobia, náuseas y vómitos, así como la hemicránea continua por la ausencia de respuesta a indometacina.

Consideramos que esta entidad, a pesar de su rareza, podría estar infradiagnosticada. Con una mayor difusión de la misma, se podría facilitar un diagnóstico precoz.

Financiación

Declaramos no haber recibido ningún tipo de financiación pública y/o privada para la realización del presente trabajo.

Bibliografía

1. Rozen TD. LASH: A syndrome of long-lasting autonomic symptoms with hemicrania (A new indomethacin- responsive headache). *Headache*. 2000;40:483–6, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1526-4610.2000.00073.x>.
2. Rozen TD. LASH syndrome: A third reported case twelve years after the first. *Headache*. 2012;52:1433–8, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02248.x>.
3. Rozen TD. LASH syndrome: New cases with a broadening clinical phenotype. *Cephalalgia*. 2019;39:1595–600, <http://dx.doi.org/10.1177/0333102419861723>.
4. Kingston W, Halker R. LASH: A Review of the Current Literature. *Curr Pain Headache Rep*. 2017;21:36, <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-017-0636-6>.
5. Donnet A, Lucas C, Massardier E, Boulliat J. Hemicrania with response to indomethacin and prevalent autonomic symptoms: Four cases. *Cephalalgia*. 2003;23:157–60, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-2982.2003.00502.x>.

J.L. Camacho-Velasquez*, B.C. Lobo-Minuve
y J.A. Garcia-Alhama

*Servicio de Neurología, Consorci Sanitari
Alt-Penedes-Garraf (CSAPG), Vilanova i la Geltrú,
Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlc2002@hotmail.com
(J.L. Camacho-Velasquez).