

Acude a su médico de cabecera en diciembre de 2016 por dolor continuo supraciliar izquierdo con irradiación frontoparietal ipsilateral, acompañado de disestesias en el territorio afecto de un mes y medio de evolución. El dolor empeora con la movilización ocular. No se acompaña de clínica vegetativa. Ante dicho cuadro se realiza un TAC craneal sin hallazgos de significación patológica y es diagnosticado de neuralgia de la primera zona del trigémino izquierdo, pautándose tratamiento con pregabalina y carbamazepina.

Ante la persistencia del dolor se deriva a Neurología quienes inician lacosamida y derivan a Clínica del Dolor de manera preferente. En la Clínica del dolor se cambia tratamiento a oxcarbazepina más tramadol/paracetamol por mala tolerancia de lacosamida.

Pasado un mes el paciente acude a urgencias por diplopía y se confirma paresia del IV par izquierdo de probable etiología isquémica. Se decide ingreso en Neurología para control del dolor y estudio de imagen:

- RM de cerebro y órbitas: sin hallazgos patológico de interés.

Ante estudio de imagen dentro de la normalidad se diagnostica de neuralgia del supraorbitario izquierdo y diplopía y es derivado de nuevo a la Clínica del Dolor, realizándose termocoagulación del nervio supraorbitario izquierdo con empeoramiento clínico. Posteriormente el paciente fue valorado en otra comunidad autónoma y recibe en tres ocasiones infiltraciones de corticoides y alcohol en la zona. Cinco días después de la última infiltración, acude a consulta de Oftalmología por alteración de la visión del ojo izquierdo con diplopía vertical binocular y se observa a la exploración dos bultos de aspecto graso a nivel superior de la ceja izquierda los cuales son biopsiados:

- Biopsia: carcinoma epidermoide bien diferenciado con bordes quirúrgicos infiltrados.

Tras dichos hallazgos se diagnostica de paresia del nervio trigémino y es derivado a Urgencias para valoración por Oftalmología y Neurología y se solicita TAC craneal y orbitario urgente sin alteraciones destacables.

Dos meses después en estudios de imagen de control del caso encontramos:

- TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis: aumento del tamaño en partes blandas suprasellares izquierdas donde existe un nódulo de 10 mm de diámetro que tiene continuidad con imagen de similar tamaño en el seno de grasa orbitaria sin aparente afectación muscular y con leve contacto con órbita.
- RM de órbitas: lesión ocupante de espacio subcutáneo supraciliar izquierdo que parece prolongarse hacia el espacio extraconal superior, pero sin clara infiltración, en relación con tumoración a dicho nivel.
- PET-TAC: no hay captaciones patológicas.

Se valora el caso en comité de tumores dermatológicos y se decide derivar a Radioterapia para valoración. Un mes después se hace la evaluación inicial en el servicio de

Oncología Radioterápica y se realiza TAC de planificación, donde se observa una tumoración en zona supraciliar izquierda que progresa hacia órbita izquierda, estando en contacto con globo ocular, por lo que se decide remitir a Cirugía Maxilofacial para cirugía.

**Discusión:** La gran mayoría de neuralgias del trigémino son atribuidas a la compresión por estructuras vasculares de la zona de entrada del nervio a nivel de la protuberancia. Las neuropatías del trigémino de origen tumoral suponen un bajo porcentaje de los casos, sin embargo, es importante descartarlas. La importancia del diagnóstico de una neuropatía del trigémino neoplásica radica en que puede aparecer en el contexto de un cáncer sistémico, y en el 50 % de los casos su aparición es previa al diagnóstico de neoplasia. Clínicamente se pueden manifestar como adormecimiento y dolor, o una asociación de síntomas deficitarios e irritativos. Los tumores que afectan al trigémino pueden provocar neuralgias de carácter atípico asociadas con pérdidas sensitivas, siendo el dolor intenso y el déficit neurológico progresivo. Estas lesiones tumorales pueden localizarse a lo largo de todo el trayecto trigeminal. Una vez diagnosticada la neuropatía trigeminal tumoral se debe remitir a los pacientes al especialista pertinente para el tratamiento sistémico.

Cabe destacar que la aparición de una neuralgia del trigémino de origen maligno va asociada clásicamente a un mal pronóstico y se considera un signo de recidiva en pacientes previamente diagnosticados de cáncer (1).

**Conclusiones:** La presencia de una neuralgia del trigémino refractaria a tratamiento nos obliga a buscar una neoplasia oculta. Para ello se debe llevar a cabo un estudio radiológico completo descartando la presencia de lesión tumoral a lo largo de todo el trayecto trigeminal.

## Bibliografía

1. Peñarrocha Diago M, et al. Neuropatías trigeminales tumorales: presentación de 7 casos. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. 2006; 11(2).

## RADIOFRECUENCIA

### P-049 CEFALEA MULTIRRESISTENTE

L. Ferreira Laso<sup>1</sup>, V. Marengo Arellano<sup>1</sup>, A. Ibáñez Rodríguez<sup>1</sup>, J. A. Sáenz Lopez<sup>1</sup>, A. García Londoño<sup>2</sup>, A. E. Fraile Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Pedro de La Rioja, Logroño; <sup>2</sup>Fundación Hospital Calahorra, Calahorra

**Palabras clave:** hipotensión intracraneal, cefalea, parache hemático.

**Introducción:** La cefalea es una entidad clínica común que tiene una larga lista de diagnósticos diferenciales.

Entre ellas se encuentra la hipotensión intracraneal que es una complicación conocida de la punción dural accidental durante la analgesia epidural o punción dural deliberada durante la anestesia espinal. En raras ocasiones, puede deberse a espontáneas fugas del líquido cefalorraquídeo (LCR) de manera mantenida (1). Es un diagnóstico que debemos valorar, ya que actualmente se encuentra infradiagnosticado.

#### **Caso clínico:**

*Antecedentes personales:* paciente de 71 años alérgica a tetraciclinas y quinolonas. No hábitos tóxicos.

Presenta hipertensión, dislipidemia. Insuficiencia venosa crónica con episodios de flebitis.

Urticaria crónica, crisis de broncoespasmos. Poliposis y asma sin criterios de ASA.

*Intervenciones quirúrgicas:* histerectomía y doble aneurectomía. *Situación basal funcional:* independiente para actividades básicas de la vida diaria.

*Tratamiento actual:* omeprazol 20 mg 1-0-0, yorasemida 10 mg 1-0-0, tarka 180/2 mg 1-0-0, prolib 80 mg 0-0-1, gotas de flixonase, seretide y paracetamol si precisa.

*Cuadro clínico de dolor:* la paciente fue intervenida en 1998 de hemangioblastoma cerebeloso que producía hidrocefalia obstructiva. Tras intervención presentaba cefalea, acúfenos y vértigos residuales siendo controlado en neurología.

La paciente definía la cefalea en región occipital, que se desencadenaba con la bipedestación y mejoraba en decúbito supino. EVA: 7 sobre 10- No se objetivó focalidad neurológica.

*Exploración física:* consciente y orientado, pares craneales negativo, Romberg negativo, deambulación normal, sensibilidad normal, fuerza muscular normal, Glasgow negativo. Ha estado con múltiples tratamientos analgésicos (paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos, cafeína, sedantes) sin encontrar mejoría con ninguno de ellos. Ante una cefalea de 20 años de evolución se planteó el posible diagnóstico de hipotensión licuoral por fuga de LCR. Se realizó: RMN: 7-2018: Cambios posquirúrgicos de craniectomía suboccipital izquierda subyacentes a los cuales se detecta una cavidad malácica rodeada de un halo de hiperseñal en secuencias de TR en relación con cambios glióticos que además presenta un depósito marcadamente hipointenso en secuencia eco de gradiente de hemosiderina adyacente secundariamente a restos de sangrado antiguo. Tras la administración de medio contraste no se detectan realces sospechosos locales.

Cisternogramagrafía isotópica mediante administración intratecal de 1 mCi de <sup>111</sup>In-DTPA previa colocación de torundas nasales y óticas: sin constancia de fuga en los segmentos dorsolumbares ni localizaciones ectópica del trazador.

Se realizó punción lumbar para medición de presión. Presión de salida 6,5 mmHg. Con Valsalva aumenta a

13 mmHg y vuelve a posteriormente a 6,5 mmHg. Con esta prueba se evidenció hipotensión licuoral.

Al encontrar este hallazgo, neurología realizó interconsulta a unidad de dolor para realización de parche hemático.

En quirófano bajo condiciones de asepsia se extrae 15 ml de sangre de vena de antebrazo y se inyectan en espacio epidural sin incidencias.

A la semana, se valora a la paciente, refiriendo que ha mejorado su cefalea.

**Discusión:** El dolor de cabeza es una de las entidades clínicas más comunes y tiene una larga lista de diagnósticos diferenciales; sin embargo, una de las causas más infrecuentes de la cefalea postural es la hipotensión intracraneal espontánea. Es un diagnóstico infradiagnosticado en especial en mujeres jóvenes o de mediana edad (2).

La punción dural para la evaluación directa de la presión del LCR no es necesaria en pacientes con RMN patológicas. En aquellos pacientes con cefalea típicamente ortostática cuya causa sea una posible fuga de LCR es razonable la aplicación de un parche hemático epidural autólogo.

**Conclusiones:** El síndrome de hipotensión licuoral es un diagnóstico hecho en la historia y el examen del paciente, siendo el alivio del dolor el hecho más significativo después de la realización de parche epidural sin identificación del sitio de fuga de LCR; sin embargo, consideramos que se debe ofrecer esta técnica de manera cauta.

#### **Bibliografía:**

1. Yasir M, Latif N, Zakaria N, Afshan G. Benign intracranial hypotension: A new indication for epidural blood patch. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2015;31(2):283-4.
2. Arshed S, Enakua S, Nai Q, Hossain MA, Tulpule S, Yousif A. A rare case of orthostatic headache due to spontaneous intracranial hypotension. *Clin Case Rep.* [Internet] 2015 [acceso marzo 2019].

### **P-050 VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DOS TÉCNICAS DE RADIOFRECUENCIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA GONALGIA SECUNDARIA A GONARTROSIS. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO DOBLE CIEGO**

**G. Roca Amatria, M. M. Monerris Tabasco, N. Ríos Márquez, Y. Jiménez Capel, D. Samper Bernal**  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona*

**Palabras clave:** radiofrecuencia pulsada, radiofrecuencia convencional, gonalgia, gonartrosis, nervios geniculares.

**Introducción:** En los pacientes con gonalgia por gonartrosis, disponemos de tratamientos no exentos de efectos secundarios.