

Introducción: El síndrome de sensibilización central se caracteriza por una amplificación de la respuesta a diversos estímulos por parte del sistema central, con cambios característicos a nivel del asta dorsal en la medula e inclusive en centros nerviosos superiores. Ocurren fenómenos neuroplásmicos negativos con activación de las vías activadoras del dolor y una inhibición de las vías inhibitorias. El aumento de la sensibilidad conlleva hiperalgesia, alodinia, hipersensibilidad a múltiples estímulos físicos y ambientales tal como comentan Bourke y cols. (1).

Caso clínico:

Motivo de consulta: Hombre de 48 años que viene a consulta con persistencia de dolor lumbar no irradiado que limita la vida diaria. Intervenido hace dos años de artrodesis lumbar L4-L5-S1 por hernias discales lumbares multinivel con compresión radicular con clínica dolorosa y parestesias severas. Ya ha realizado nuevas sesiones de rehabilitación y varios intentos de optimización medicamentosa sin éxito.

Antecedentes personales: Evaluación psicológica: relata maltrato psíquico durante su infancia, con sentimientos de desprecio, abandono. De carácter introvertido, hipocondriaco, ansiedad generalizada, con controles en el centro de salud mental y tratamiento con ISRS. Abuso esporádico de enol y tabaco. Depresión mayor, abulia, crisis de agorafobia, ideas autolíticas. Diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la adultez en tratamiento con antipsicóticos atípicos y psicoestimulantes. Mejoría del ánimo, pero no de la concentración con el tratamiento. Dificultad moderada para iniciar el sueño nocturno. Fatiga constante, sueño no reparador y falta de concentración moderada.

Médicos-Quirúrgicos: dolor abdominal y epigastralgia inespecífica, esporádica, deposiciones alternantes con pruebas de colonoscopia normal y gastroscopia normal; diagnóstico de síndrome de colon irritable. Mialgias crónicas e insomnio. Cervicalgia y lumbalgia crónica: RMN lumbar que muestra estenosis L5-S1, discopatía multinivel. Artrodesis lumbar, sin mejoría posquirúrgica ni con rehabilitación. Radiografías de cervicales: Disminución posterior del espacio intersomático de C5-C6 y C6-C7. Hipertensión arterial. Apnea del sueño: tratamiento con CPAP (no toleró y abandonó). Presenta fenómenos de piernas inquietas, sin signos sugerentes de polineuropatía, buena respuesta a neuromoduladores.

Funcional: paciente limita su actividad diaria, no es capaz de concentración prolongada, no tolera actividad física de leve a moderada intensidad, desorden de horarios, de baja laboral recurrente. Independiente para sus actividades de vida diaria, excepto para aquellas que puedan concurrir con esfuerzo moderado.

Exploración física: marcha lenta, sin otras alteraciones. Consciente, activo, orientado en tiempo, espacio y persona. Presenta dolor a la presión bilateral leve en región cervical

alta, trapecio, región dorsal, caderas, región glútea y miembros inferiores. Balance muscular 4/5 general, sensibilidad, tono y reflejos sin alteraciones.

Complementarios: Hemograma, VSG, glucemia, urea, creatinina, enzimas hepáticas: AST, ALT, GGT, FA, creatinasa, proteína C reactiva, TSH, calcio, fósforo, sistémico de orina sin alteraciones pertinentes.

Criterios/Cuestionarios: Criterios diagnósticos de ACR 2010: IDG/WPI = 12 SS1 = 7, SS2 = 1, total SS = 8.

Epicrisis: Las diferentes características patológicas multisistémicas que afectan al paciente, el síndrome de espalda fallida evidente, y la poca mejoría que tratamiento rehabilitador sin tener un diagnóstico claro evidencian un solapamiento clínico de diversas entidades, además estas asociadas entre sí en presencia de otras patologías cardiorpulmonares y metabólicas.

Conclusiones: Observamos a un paciente pluripatológico, sin mejoría en su clínica dolorosa lumbar, y con condiciones discapacitantes y limitantes para la realización de sus actividades de vida diaria. Un análisis más amplio nos hace llegar y unificar sintomáticamente el diagnóstico de fibromialgia, síndrome de piernas inquietas, síndrome de dolor miofascial, síndrome de colon irritable, fibromialgia, y síndrome de estrés postraumático secundario a maltratos en la infancia. Estas aristas evidentes (2) forman parte de la superposición clínica entre diversos síndromes que se unifican bajo el síndrome de sensibilización central.

Bibliografía:

1. Bourke JH, et al. The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. *J Psychosom Res.* 2015;78(3):228-36.
2. Yunus MB, et al. Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum.* 2007;36(6):339-56.

P-047 NEUROPATÍA TRIGEMINAL TUMORAL

M. Badel Rubio, M. Pedraz Natalias, B. Navarro Vicente de Vera, P. García-Consuegra Tirado, A. Callau Calvo, C. Badel Rubio

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción: Presentamos un caso clínico de un paciente diagnosticado de un carcinoma supraorbitario izquierdo a raíz de un diagnóstico de neuralgia de la primera rama del trigémino refractario a tratamiento.

Estructura del caso clínico: Paciente de 69 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes médicos de HTA y diabetes mellitus. Sin antecedentes quirúrgicos. En tratamiento con telmisartán y metformina.

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 Laso¹, V. Marengo Arellano¹, A. Ibáñez Rodríguez¹, J. A. Sáenz Lopez¹, A. García Londoño², A. E. Fraile Jiménez¹

¹Hospital San Pedro de La Rioja, Logroño; ²Fundación 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.