

Caso clínico

KRANION 2001; 1: 32-33

Pseudomigraña con LCR inflamatorio

J.A. HERAS PÉREZ

Servicio de Neurología.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria.

Málaga.

Paciente varón de 17 años, que consulta a través del servicio de urgencias por presentar cefalea hemicraneal izquierda intensa, pulsátil con náuseas, vómitos, foto y fonofobia, que se desarrolla gradualmente aproximadamente en 1 hora, interfiriendo sus actividades y posteriormente presenta síndrome confusional, inestabilidad en la marcha y trastorno del lenguaje que le impedía expresar lo que quería decir. Estos síntomas desaparecen en aproximadamente 1 hora, quedando sólo la cefalea hemicraneal descrita que desaparece en 24 h., permaneciendo asintomático desde entonces.

Como único dato de interés asociado destaca, episodio catarral de vías altas 1 semana antes del inicio del cuadro, para el que no recibió tratamiento antibiótico.

Antecedentes personales

Sin interés. No alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Diestro. Nunca había padecido antes episodio de dolor similar, ni tenía antecedentes personales o familiares de migraña.

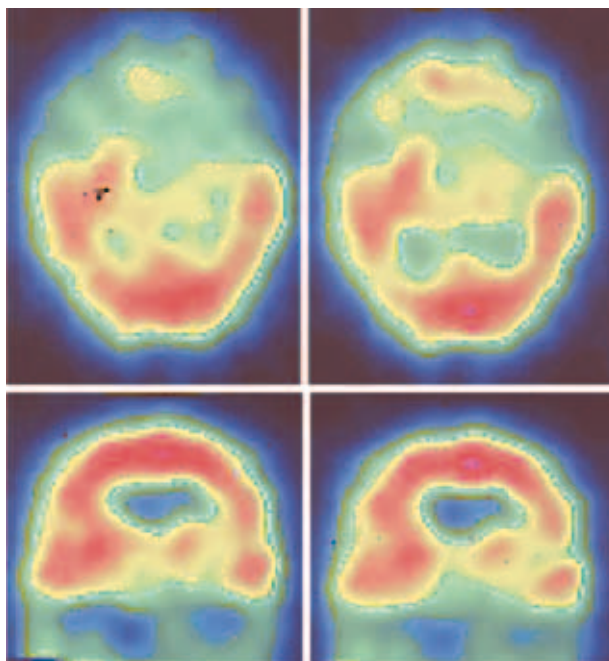


Fig. 1. SPECT cerebral: realizado tras la desaparición de los síntomas, se puede apreciar zona de hipoperfusión parietotemporal izquierda, compatible con isquemia en dicha zona, que justificaría los síntomas clínicos

Exámen físico

(realizado tras desaparecer los síntomas)

Funciones superiores y lenguaje normales. Pares craneales y fondo de ojo: normales. No signos meningeos ni de focalidad neurológica. Marcha normal. Romberg negativo. Exámen general normal.

Exploraciones Complementarias

Analítica general de sangre y orina normales. LCR: 105 leucocitos (80% linfocitos); proteínas y glucosa normales. Cultivos bacteriano y hongos de LCR: negativos. ADA en LCR normal. Serologías en LCR (HIV, lúes, *brucella*, *criptococo*, *borrelia*, *toxoplasma*, herpes, sarampión, rubeola, *influenza*, *para-influenza*, VEB, CMV, *Cosackie*, Echo): negativas. EEG normal. TC de cráneo, RM y angio-RM cerebral: normales. SPECT cerebral: hipoperfusión a nivel parietotemporal del hemisferio izquierdo (Fig. 1).

Evolución

Se inició tratamiento sintomático con analgésico-antiinflamatorio, desapareciendo el dolor, sin volver a presentar nuevos síntomas.

Tras seguimiento de 2 años, se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN

En 1980 Swanson y cols. en USA y simultáneamente Martí-Masso y cols. en España, presentan 3 pacientes cada uno, en los que se asociaban cefalea de características migrañosas, alteraciones neurológicas focales transitorias y pleocitosis. Tras ello se suscitó una fuerte polémica acerca de la posible etiología infecciosa de este cuadro, sobre todo después de haberse descrito otros casos, en los que se aislaron virus en el LCR. El cuadro clínico es benigno, autolimitado y no recidivante, caracterizándose por afectar predominantemente a varones jóvenes (16-50 años), con cefalea de características migrañosas y signos-síntomas focales transitorios (10-30'), pudiendo existir fiebre y descenso del nivel de conciencia, sin que se evidencien signos meningeos. Los estudios microbiológicos y citológicos del LCR son negativos y los estudios de neuroimagen (TC y RM) son normales. La teoría del origen migrañoso defiende que la pleocitosis se debería a la acción de sustancias vasoactivas capaces de producir edema e inflamación estéril, mientras que la teoría infecciosa postula que los cambios en el LCR y la cefalea, son debidos a un cuadro de meningoencefalitis. El caso de nuestro paciente cumple los criterios clínicos anteriormente mencionados siendo todos los estudios realizados normales, a excepción del SPECT. A pesar de que el estudio microbiológico fue negativo, los antecedentes de cuadro catarral previo sugieren que es posible la influencia de una etiología infecciosa, quizás viral en el desarrollo del mismo.

RECORDAR QUE

- 1) La pseudomigraña con LCR inflamatorio es más frecuente en jóvenes y puede semejar con frecuencia una migraña con aura o un cuadro de meningoencefalitis.
- 2) Los datos clínicos, ausencia de antecedentes de migraña y de signos meningeos junto a la negatividad de estudios microbiológicos, nos harán pensar en esta entidad, tras descartar otras causas. Muchas veces se correlaciona con un cuadro infeccioso posiblemente viral.
- 3) El curso clínico es benigno, autolimitado y no recidivante, aunque en durante el mismo, pueden aparecer signos focales y cefalea de características migrañosas de forma reiterada, incluso durante 1 semana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Swanson J, Bartleson J, Whisn J. A migrainous syndrome with CFS pleocytosis. *Neurology*, 1980; 30: 418.
2. Martí Massó J, Carrera N, Astudillo W, *et al*: Pseudomigraña con LCR inflamatorio. Reunión extraordinaria de la Sociedad Española de Neurología. Jaca, 6-7 de Junio, 1980.
3. Gómez Aranda F, Cañadillas F, Martí Massó J, *et al*: Pseudomigraine with temporary neurological symptoms and lymphocytic pleocytosis. A report of 50 cases. *Brain*. 1997, Jul, 120 (Pt 7); 1105-13.