

Sinusitis bacteriana simulando cefalea trigémino autonómica: Discusión de caso

Bacterial sinusitis mimicking trigeminal autonomic cephalalgia: case discussion

Joe Fernando Muñoz Cerón

RESUMEN

De acuerdo a las recomendaciones de la IHS (Clasificación internacional de cefaleas) es mandatorio descartar origen sintomático en el estudio de las cefaleas trigémino autonómicas. Aunque este grupo no es frecuente, el no tratamiento puede representar una causa de muerte o convertirse en una razón de dolor de cabeza intratable. Discutimos en este artículo una paciente quien asiste al servicio de urgencias por un tipo de cefalea que inicialmente fue interpretada como cefalea primaria (Cefalea en salvas). Debido a la pobre respuesta al tratamiento instaurado, sumado a la ausencia de criterios diagnósticos de la clasificación internacional de cefaleas (IHS) se realizó un estudio diagnóstico más amplio encontrándose como diagnóstico final sinusitis bacteriana en las imágenes de resonancia magnética.

PALABRAS CLAVE: cefalea trigeminal, sinusitis, indometacina, IHS, cefalea en salvas.

(Joe Fernando Muñoz Cerón. Sinusitis bacteriana simulando cefalea trigémino autonómica: discusión de caso. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:114-117).

SUMMARY

According to IHS (International Headache Association) recommendations, it is mandatory to rule out symptomatic origin in the work up of trigeminal autonomic cephalalgias. Although this group is uncommon, if untreated, it could represent a life threatening event or become a cause of intractable headache. We discuss a patient who was admitted to the emergency service suffering from a kind of headache that initially was diagnosed as a primary headache (Cluster headache). Taking into account the poor response with medications and the absence of full International headache criteria (IHS) was necessary to practice a broader work up finding a bacterial sinusitis in the magnetic resonance images.

KEY WORDS: trigeminal headache, sinusitis, IHS, cluster headache.

(Joe Fernando Muñoz Cerón. Bacterial sinusitis mimicking trigeminal autonomic cephalalgia: case discussion. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:114-117).

INTRODUCCIÓN

A pesar de la no existencia de sistemas de laboratorio y neuroimágenes estandarizados en el estudio de cefaleas primarias es de alta importancia el empleo de estos recursos en el momento de descartar lesiones específicas simuladoras de cefaleas primarias (1).

Uno de estos factores causales está representado por las infecciones sinusales las cuales en razón a la conformación anatómico fisiológico pueden causar múltiples síndromes de dolor craneo facial que producen manifestaciones clínicas semejantes a las cefaleas primarias incluyendo cefaleas trigémino autonómicas (2). Esta relación nos permite

Recibido: 05/08/08. Revisado:126/08/08. Aceptado: 01/09/08.

Joe Fernando Muñoz Cerón. Neurólogo - Clínica Colombia y Méderi - Hospital Mayor.

Correspondencia: joe.munoz12@urosario.edu.co

ilustrar en este caso la relevancia de los criterios diagnósticos internacionales para cefaleas primarias y la importancia de la consideración de diagnósticos diferenciales en pacientes que no reúnen estos criterios.

PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 42 años con historia de 24 meses de evolución de episodios múltiples de cefalea de rápida instauración alcanzando su máxima intensidad en minutos con localización en la región orbitaria izquierda sin asociarse a otros síntomas. La duración de cada episodio era en promedio de 6 días con frecuencia de 2 ataques por mes mostrando pobre respuesta terapéutica a múltiples medicamentos preventivos (Ácido valproico, propranolol, melatonina y flunarizina) y de ataque agudo. Estos ataques de dolor se habían interpretado como migraña sin aura.

Se presenta a urgencias por cuadro de 10 días de evolución aproximadamente de empeoramiento en las características del dolor haciéndose constante con exacerbaciones de hasta 5 horas, acompañándose de lagrimeo más blefaroptosis izquierda (Figura 1).

En valoración inicial en medicina de urgencias se interpreta este cuadro como probable cefalea trigeminal de tipo salvas instaurándose tratamiento con O₂ a 10 L por minuto sin encontrarse mejoría alguna. Teniendo en cuenta lo anterior y luego de nueva valoración se plantea diagnóstico diferencial con hemicrania paroxística indicándose prueba terapéutica con indometacina 50 miligramos luego de lo cual se evidenció resolución del dolor con mejoría parcial de la ptosis palpebral. Parte del estudio incluyó realización de resonancia cerebral simple con angioresonancia reportadas como normales.

Considerando la evolución clínica se decide continuar manejo ambulatorio con diagnóstico de egreso probable cefalea trigémica autonómica en salvas vs hemicrania paroxística sin criterios IHS (*International Headache Association*) en razón a la duración de los episodios los cuales no se ajustaban a los recomendados por la IHS. Sin embargo la respuesta al tratamiento con indometacina aproximaba el cuadro referido a hemicrania paroxística.

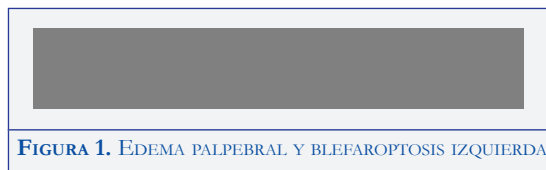


FIGURA 1. EDEMA PALPEBRAL Y BLEFAROPTOSIS IZQUIERDA..

Cuatro días luego del egreso consulta nuevamente por empeoramiento del dolor el cual para entonces se había hecho continuo manteniendo los síntomas autonómicos adicionales y los hallazgos descritos en el examen clínico. Se revisó el caso y teniendo en cuenta la no reunión de todos los criterios IHS para cefalea en salvas o hemicrania paroxística se ampliaron estudios con IRM de órbitas más saturación grasa en donde se encontró proceso inflamatorio sinusal generalizado de predominio frontal izquierdo con extensión a meninges (Figura 2).

Este cuadro se interpretó como inflamatorio de origen infeccioso bacteriano con extensión a meninges, razón por la cual se realizó punción lumbar demostrando pleocitosis monocítica sin alteración de la proteinorraquia y la glucorraquia.

Se instauró tratamiento con ceftriaxona 2 g día por 12 días evidenciándose resolución de signos y síntomas.

Se concluyó historia de dolor cráneo facial con presentación clínica inusual que simuló cefalea trigémica autonómica, sin embargo debido a la presentación clínica no concordante con las recomendaciones de la IHS y la respuesta inadecuada al tratamiento requirió estudios adicionales que confluyeron en el diagnóstico de sinusitis bacteriana.

DISCUSIÓN

Dentro de las categorías incluidas en los grupos 3 y 4 de las cefaleas primarias en la actual clasificación de cefaleas de la IHS se incluyen la cefalea en salvas, hemicrania paroxística y hemicrania continua entidades cuya característica común es la asociación del dolor con síntomas autonómicos locales (ptosis palpebral/miosis, inyección conjuntival/lagrimeo y congestión nasal/rinorrea). Las dos últimas mencionadas además comparten la respuesta a la indometacina como criterio diagnóstico.



En estas entidades además se recomienda bajo consideraciones clínicas específicas la necesidad de descartar origen secundario de acuerdo a múltiples reportes de origen específico craneano e intracraneano para estos tipos de cefalea (3).

En el caso presentado encontramos signos autonómicos (ptosis palpebral, edema y lagrimeo unilaterales) y una respuesta inicial aceptable a la indometacina, hecho que hizo considerar hemicrania paroxística como diagnóstico diferencial; sin embargo debemos mencionar que en esta paciente no se reunieron criterios de número de episodios ni duración de los mismos según la IHS para considerar este diagnóstico (Tabla 1). El análisis anterior también es válido para la consideración diagnóstica de cefalea en salvas, para la cual la IHS recomienda al menos 5 episodios de dolor de duración entre 15 y 180 minutos. Características tampoco encontradas en este caso (4).

Llama la atención en esta paciente que a pesar de la no reunión completa de criterios IHS se consideró como principal criterio diagnóstico la respuesta clínica con indometacina, hecho que de acuerdo a las recomendaciones de la IHS no debe

estimarse como el criterio de mayor importancia, siendo la reunión de todos la herramienta que permite considerar o descartar el diagnóstico. Este argumento se sostiene además en observaciones de casos de hemicrania paroxística con respuesta a medicamentos diferentes como inhibidores de COX 2, ácido acetil salicílico y triptanes. De igual manera la respuesta con indometacina no es exclusiva de hemicrania paroxística o hemicrania continua siendo útil en otros tipos de cefalea primaria como la cefalea primaria tipo punzada, cefalea primaria por tos y cefalea primaria por ejercicio (5,6).

Respecto a la cefalea referida por la paciente antes del empeoramiento que le llevó a consultar a urgencias no reúne criterios específicos para alguna de las cefaleas primarias consignadas en la IHS (probablemente no clasificable). Es probable ajustar esta presentación clínica de forma parcial a los criterios de la cefalea primaria tipo trueno, sin embargo el hecho de la duración de varios años lo hace poco probable dado que de acuerdo a las recomendaciones de la IHS el dolor en la cefalea tipo trueno ocurre únicamente por algunas semanas o meses (7, 8). De forma adicional tampoco es atribuible este dolor a sinusitis crónica debido

a que en la revisión de archivos de imágenes se encontraron escanografías previas que mostraban ausencia de sinusitis (Tabla 1).

En el caso de la sinusitis como diagnóstico etiológico específico de esta paciente existen múltiples reportes de origen bacteriano y no bacteriano relacionados con cefaleas trigeminales secundarias con criterios completos e incompletos (9,10). Esta relación puede ser atribuida a la cercanía anatómica de tipo vascular y a la activación del reflejo trigémino autonómico desde estructuras nucleares del V nervio craneano hacia el hipotálamo y las eferencias autonómicas que explican la presencia de ptosis palpebral, lagrimeo y edema (11,12). Por tal razón se sugiere que los mecanismos fisiopatológicos propuestos en estos tipos de cefalea primaria no son exclusivos y son similares en entidades específicas secundarias simuladoras de estos tipos de dolor cráneo facial.

De acuerdo a lo anterior y a pesar de la existencia de referencias que muestran aspectos susceptibles a mejorar en la clasificación IHS (13), este instrumento es una herramienta importante en el diagnóstico de pacientes con síndromes de dolor cráneo facial. De igual manera argumentamos que la correcta aproximación diagnóstica permite escoger y optimizar de forma adecuada los diferentes tipos de tratamientos preventivos y abortivos en cada caso.

Por tal razón sugerimos que el uso riguroso de los criterios diagnósticos de la IHS especialmente en

los casos difíciles, en donde la presencia incompleta de los mismos debe orientar a la búsqueda de etiologías secundarias o patologías sistémicas asociadas al síndrome en estudio (14).

REFERENCIAS

1. Muñoz JF, Salgado I, Ortiz JC, Borrero L. Cefalea en urgencias: utilidad de las neuroimágenes y la clasificación "SIC" *Acta Neurol Colomb* 2005;21:216-218.
2. Bichuetti DB, Yamaoka WY, Bastos JR, Carvalho Dde S. Bilateral SUNCT syndrome associated to chronic maxillary sinus disease. *Arq Neuropsiquiatr* 2006;64(2B):504-6.
3. Manjit S, Matharu, Peter J. Goadsby Trigeminal autonomic cephalalgias. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72(Suppl II):ii19-ii26.
4. Headache classification committee of the international Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 2004; 24 s1: 8-160.
5. Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic feature, including new cases. *Brain* 1997; 120: 193-209.
6. Matharu MS, Goadsby PJ. Trigeminal autonomic cephalalgias: diagnosis and management in Woolff's headache and other head pain. Oxford university press. 2008;14:379-430.
7. Chen S-P, Fuh J-L, Lirng J-F, Chang F-C, Wang S-J. Recurrent primary thunderclap headache and benign CNS angiopathy Spectra of the same disorder? *Neurology* 2006;67:2164-2169.
8. Sandrini G, Tasorelli C, Ghiotto N, Nappi G. Uncommon primary headaches. *Curr Opin Neurol* 2006; 19:299-304.
9. Feng CH, Ho CY. Intractable headache induced by minimal aspergillosis-related sinus disease. *Cephalalgia* 2006;26:896-8.
10. Zanchin G, Rossi P, Licandro AM, Fortunato M, Maggioni F. Clusterlike headache. A case of sphenoidal aspergilloma. *Headache* 1995 ;35:494-7.
11. Osborn AG. The nasal arteries. *AJR Am J Roentgenol* 1978; 130:89-97.
12. Rubí Callejón J. Cefaleas trigeminoautonómicas: los criterios diagnósticos de la International Headache Society no permiten su clasificación correctamente. *Neurología* 2008;23:203-208.
13. Láinez AJM. La clasificación de las cefaleas de la international headache society. Luces y sombras. *Neurología* 2004;19:339-343.
14. Mainardi F, Maggioni F, Badino R, Zanchin G. Chronic paroxysmal hemicrania, hemicrania continua and SUNCT syndrome in association with other pathologies: a review. *Cephalalgia* 2004; 24:173-184.

TABLA 1. CRITERIOS IHS 2004 - CEFALEA PRIMARIA TIPO TRUENO.

- | |
|--|
| <p>A. Cefalea severa completando los criterios B y D.</p> <p>B. Debe completar las siguientes características</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea que alcanza su máxima intensidad en un tiempo menor a un minuto 2. Duración entre 1 hora y 10 días. <p>C. No recurre de forma regular en las siguientes semanas o meses.</p> <p>D. No está relacionado con otros desórdenes.</p> |
|--|