

berancia y caudal del mesencéfalo; aunque suele considerarse la afectación de la unión mesencéfalo-protuberancial como infrecuente, se ha demostrado mediante mapeo por técnicas de imagen avanzadas que la sobreposición de lesiones en este sitio se asocia al desarrollo concomitante de oftalmoplejía internuclear y ataxia bilateral [8].

La presencia de alteraciones cerebelosas bilaterales debe hacer considerar efectivamente lesiones cerebelosas bihemisféricas, tanto vasculares como infecciosas o inflamatorias, y lesiones del pedúnculo cerebeloso medio en el puente. Sin embargo, la presencia de al menos un signo compatible con oftalmoplejía internuclear orientaría a localizar la lesión.

El diagnóstico diferencial debe incluir la cerebelitis aguda e infartos cerebelosos bilaterales, potencialmente fatales, en los que la intervención neuroquirúrgica puede salvar la vida [3]. Aunque infrecuente, el síndrome de Wernekink debe considerarse ante un paciente con instauración súbita de ataxia bilateral en presencia de trastornos de la motilidad ocular.

Bibliografía

- Dai AI, Wasay M. Wernekink commissure syndrome: a rare midbrain syndrome secondary to stroke. *J Pak Med Assoc* 2006; 56: 289-90.
- Mossuto-Agatiello L. Caudal paramedian midbrain syndrome. *Neurology* 2006; 66: 1668-71.
- Liu H, Qiao L, He Z. Wernekink commissure syndrome: a rare midbrain syndrome. *Neurol Sci* 2012; 33: 1419-21.
- Kim TW, Yoo S, Koo J. Wernekink commissure syndrome secondary to ischemic stroke: severe dysarthria is one of the main characteristics of this syndrome. *Neurol Sci* 2014; 35: 1475-7.
- Sheetal S, Byju P. Wernekink commissure syndrome. *Neurol India* 2016; 64: 1055-7.
- Zhou C, He Y, Chao Z, Zhu Y, Wang P, Wang X, et al. Wernekink commissure syndrome secondary to bilateral caudal paramedian midbrain infarction presenting with a unique 'heart or V' appearance sign: case report and review of the literature. *Front Neurol* 2017; 8: 376.
- Mullaguri N, Battineni A, Chuquilin M. Wernekink commissure syndrome with palatal myoclonus at onset: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2018; 12: 113.
- Lee SU, Kim HJ, Park JJ, Kim JS. Internuclear ophthalmoplegia plus ataxia indicates a dorsomedial tegmental lesion at the pontomesencephalic junction. *J Neurol* 2016; 263: 973-80.
- Zou Z, Chen W. Can Wernekink commissure syndrome and wall-eyed bilateral internuclear ophthalmoplegia be ascribed to neuromyelitis optica spectrum disorder? *Neurol Sci* 2017; 38: 2053-5.
- Zhou C, He Y, Chao Z, Zhu Y, Wang P, Gao X. The 'heart appearance' sign on MRI of Wernekink's commissure syndrome caused by bilateral caudal

paramedian midbrain infarction. *Neurol Sci* 2018; 39: 587-9.

- Voogd J, Van Baarsen K. The horseshoe-shaped commissure of Wernekink or the decussation of the brachium conjunctivum methodological changes in the 1840s. *Cerebellum* 2014; 13: 113-20.

Cefalea desencadenada exclusivamente por la risa, como forma de presentación de un meningioma de fosa posterior

Roberto L. Lotti-Mesa, Osiel Gámez-Rodríguez, Mónica Rodríguez-Montalván

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Manzanillo, Granma, Cuba.

Correspondencia: Dr. Roberto Luis Lotti Mesa. Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Avda. Camilo Cienfuegos, km. 1. Manzanillo, Cuba.

E-mail: rlottim@infomed.sld.cu

Aceptado tras revisión externa: 20.03.19.

Cómo citar este artículo: Lotti-Mesa RL, Gámez-Rodríguez O, Rodríguez-Montalván M. Cefalea desencadenada exclusivamente por la risa, como forma de presentación de un meningioma de fosa posterior. *Rev Neurol* 2019; 68: 443-4. doi: 10.33588/rn.6810.2019028.

© 2019 Revista de Neurología

Existen muchos factores desencadenantes de las cefaleas, incluyendo los cambios atmosféricos, el estrés, el ciclo menstrual, la exposición al sol, el humo de los cigarrillos, la actividad sexual o la tos. La risa también se ha descrito previamente como una causa precipitante de cefalea. Tinel fue el primero en publicar en 1932 varios pacientes con cefaleas intermitentes, paroxísticas, en relación con ejercicios o maniobras que incrementaban la presión intratorácica. Posteriormente, Symonds, en 1956, publicó 27 pacientes con cefalea de corta duración provocada por maniobras de Valsalva: la tos, la risa, la defecación o los cambios posturales bruscos [1-3].

Existen escasos relatos de casos de cefalea precipitada por la risa, a pesar de estar bien documentada en la bibliografía. Leving y Thomas describieron un caso de cefalea primaria desencadenada exclusivamente por la risa que respondía satisfactoriamente a la medicación con ácido valproico; por otra parte, Arteaga-Rodríguez publicó en 2015 un caso similar de cefalea primaria precipitada por la risa [1-4].

Este tipo de cefalea no aparece en la actual clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS). Los casos en los que se demuestra una enfermedad intracraneal pueden ser clasifi-

cados como cefalea precipitada por la risa secundaria [1,5].

Esta entidad puede considerarse una forma rara de cefalea circunstancial. La risa puede ser el único desencadenante, pero, en muchos casos, los pacientes comunican otros factores desencadenantes, como la tos, el estornudo, el ejercicio y los cambios posturales [5,6].

Se presenta el caso de una paciente con cefalea desencadenada exclusivamente por la risa que resultó ser secundaria a un meningioma de fosa posterior y que se resolvió completamente tras su resección.

Mujer de 54 años, con antecedentes de hipertensión arterial, controlada con 20 mg/día de enalapril. Fue remitida a consulta de neurología por presentar cefalea de un año de evolución, localizada en la región occipital bilateral, sin irradiación. El dolor era de carácter punzante, intenso, sin síntomas acompañantes, con una duración de aproximadamente 10 minutos y alivio espontáneo, siempre desencadenado exclusivamente por una risa espontánea e intensa. Entre las crisis de dolor, la paciente se mantenía asintomática. Negaba traumatismo craneoencefálico previo al inicio de la cefalea, así como consumo de drogas.

El examen físico realizado fue negativo. Los exámenes de laboratorio clínico fueron normales. Se realizó una resonancia magnética encefálica, que mostró una lesión sobre la convexidad de la fosa posterior izquierda, de bordes bien definidos, con base de implantación amplia en la duramadre a ese nivel, que se comportó isointensa en T₁ e isohipointensa en T₂, sin producir efecto de masa considerable (Figura). Ante este hallazgo se decidió remitirla hacia el servicio de neurocirugía, con la hipótesis diagnóstica de meningioma de fosa posterior. Se le realizó tratamiento quirúrgico de la lesión a través de una craneotomía suboccipital izquierda y se resecó la totalidad del tumor. Durante la cirugía no existieron complicaciones. El resultado anatomopatológico refirió un meningioma de grado I transicional, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Después de una semana de la intervención quirúrgica, la paciente continuó evolucionando satisfactoriamente y la cefalea había desaparecido por completo.

Similar al caso citado, algunos informes previos también han descrito lesiones estructurales intracraneales en pacientes con este tipo de cefa-

lea. Boga y Morales-Asín informaron de casos de cefalea precipitada por la risa secundaria a malformación de Chiari de tipo 1 [3].

Otros casos secundarios descritos en la bibliografía de este tipo de cefalea se han debido a tromboflebitis intracraneal, tumores intracraneales y quistes aracnoideos, aunque la mayoría de los casos descritos corresponde a malformación de Chiari de tipo 1 [5,7,8].

Giraud et al [5] notificaron un caso de cefalea provocada por accesos de risa y descubrieron granulaciones gigantes de Pachioni en los senos venosos longitudinal superior y trasverso. Posteriormente, Shatti et al [9] informaron de un paciente con cefalea de tipo migrañosa, precipitada exclusivamente por accesos de risa espontánea, mientras que la risa no espontánea no provocaba el dolor.

Como son pocos los casos publicados, resulta difícil caracterizar la semiología de la cefalea precipitada por la risa. La mayoría son adultos jóvenes, varones, con cefalea localizada en la región occipital bilateral, de corta duración, de segundos a minutos [1]. El caso presentado era una paciente con cefalea de inicio después de los 50 años, desencadenada exclusivamente por la risa, lo cual hizo necesario descartar una lesión estructural intracraneal.

Algunos autores han establecido ciertos elementos distintivos entre la etiología primaria y secundaria de este tipo de cefalea, como la excelente respuesta de la primera a la indometacina o el ácido valproico, además de que una maniobra de Valsalva negativa sería una señal clínica indicativa de una causa primaria [1,3]. Este último aspecto no se cumplió en el caso presentado.

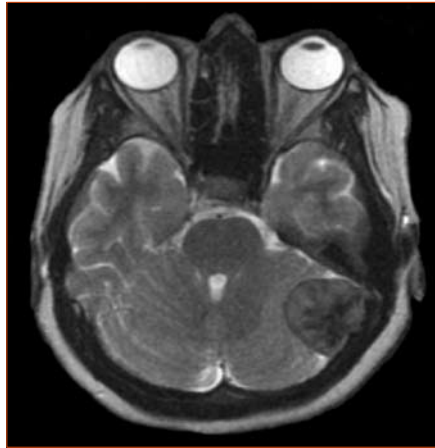


Figura. Resonancia magnética cerebral (secuencia T₂), donde se puede apreciar una imagen voluminosa, heterogénea, isohipointensa, situada en la convexidad cerebelosa izquierda, sin efecto de masa considerable.

La fisiopatología de este tipo de cefalea no está del todo aclarada. La hipótesis más razonable es un aumento de la presión intracraneal, secundario a la elevación de la presión venosa. Otros factores contribuyentes son la hipersensibilidad transitoria de receptores de presión localizados en los vasos venosos, incompetencia valvular yugular interna, estenosis venosa y activación de fibras trigeminales localizadas dentro de las estructuras meníngeas [10-12]. De cualquier forma, todas las etiologías posibles tienen en común su influencia sobre la estructura espacial de la fosa posterior y la circulación del líquido cefalorraquídeo [12].

Por la revisión de la bibliografía y de nuestro caso consideramos que, ante un paciente con cefalea precipitada exclusivamente por la risa,

es necesario un análisis neurológico detallado y una resonancia magnética encefálica, precisamente para descartar causas secundarias, entre ellas las neoplasias de fosa posterior.

Bibliografía

1. Arteaga-Rodríguez C, Alves V, De Oliveira R. Cefalea precipitada por la risa. *Rev Neurol* 2015; 61: 575-6.
2. Pascual J. Cefaleas por esfuerzo. *Revista Mexicana de Neurociencia* 2017; 18: 59-73.
3. Ran Y, Liu H, Zhang M, Dong Z, Yu S. Laugh-induced headache: clinical features and literature review. *Headache* 2017; 57: 1498-506.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders, third edition*. Cephalalgia 2018; 38: 1-211.
5. Giraud P, Segal O, Chauvet S. Laughing headache with giant pachionian granulations. *Headache* 2013; 53: 681-3.
6. Pavao Martins I, Viana P. 'Cough hemicrania' –an overlapping form of headache: case reports. *Headache* 2017; 57: 796-800.
7. Boga T, Haas L, Hunn M, Hamilton D. Laugh headaches: a rare form of headache associated with type 1 Arnold-Chiari malformation. *Intern Med J* 2011; 41: 707-8.
8. Jiménez-Caballero PE, Calle-Escobar ML, Portilla-Cuenca JC, Casado-Naranjo I. Cefalea desencadenada por la risa como forma de presentación de una malformación de Chiari tipo 1. *Neurología* 2013; 28: 446-7.
9. Shatti D, Pace A, Weatherby S. 'Laughing 'til it hurts': an unusual case report of mirth and migraine. *Headache* 2015; 55: 178-9.
10. Ferrante E. P040. Primary Valsalva maneuver headache without primary cough headache. *J Headache Pain* 2015 16 (Suppl 1): A130.
11. Alperin N, Loftus JR, Ollivier CJ, Bagci A, Lee S, Ertl-Wagner B, et al. Imaging-based features of headaches in Chiari malformation type I. *Neurosurgery* 2015; 77: 96-103.
12. Pascual J, González-Mandly A, Oterino A, Martín R. Primary cough headache, primary exertional headache, and primary headache associated with sexual activity. *Handb Clin Neurol* 2010; 97: 459-68.