

Ciudad de la Habana. <sup>b</sup> Laboratorio de Neurociencias. Instituto Mario Negri. Milano, Italia. Hospital Universitario Dr. Carlos J. Finlay. Ciudad de la Habana, Cuba.

Correspondencia: Dra. María de los Ángeles Robinson Agramonte. Departamento de Neuroinmunología. Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). Ave. 25 # 15805, e/ 158 y 160. Cubanacán, Playa. Ciudad de la Habana. CP 11300 Cuba. E-mail: robin@neubas.sld.cu / cineuro@neuro.sld.cu

## BIBLIOGRAFÍA

1. Blennow K, Wallin A, Fredman P, Karlsson I, Gottfries CG, Svennertho L. Blood-brain barrier disturbance in patients with Alzheimer's disease is related to vascular factors. *Acta Neurol Scand* 1990; 81: 323-6.
2. McGeer PL, Akiyama H, Itagaki S, McGeer EG. Immune system response in Alzheimer's disease. *Can J Neurol Sci* 1989; 16: 516-27.
3. Tooyama I, Kimura H, Akiyama H, McGeer PL. Reactive microglia express class I and class II major histocompatibility complex antigens in Alzheimer's disease. *Brain Res* 1990; 523: 273-80.
4. Robinson MA, Contreras DA, Sánchez ST, McRae A. T activation markers from cerebrospinal fluid of Alzheimer's disease patients. *Alz Dis Res* 1998; 3: 113-6.
5. Griffin WS, Stanley LC, Ling C, White L, MacLeod V, Perrot LJ, et al. Brain interleukin 1 and S-100 immunoreactivity are elevated in Down syndrome and Alzheimer disease. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1989; 86: 7611-5.
6. Fillit H, Ding WH, Buee L, Kalman J, Altstiel L, Lawlor B, et al. Elevated circulating tumor necrosis factor levels in Alzheimer's disease. *Neurosci Lett* 1991; 129: 318-20.
7. Sing KV, Guthikonda P. Circulating cytokines in Alzheimer's disease. *J Psychiatry Res* 1997; 31: 657-60.
8. Cacabelos R, Álvarez XA, Franco-Maside A, Fernández-Novoa L, Caamano J. Serum tumor necrosis factor (TNF) in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Methods Find Exp Clin Pharmacol* 1994; 16: 29-35.
9. Esumi E, Araga S, Takahashi R. Serum interleukin 2 levels in patients with dementia of the Alzheimer's type. *Acta Neuropathol Scand* 1991; 84: 65-7.
10. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman M, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34: 939-44.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
12. Álvarez XA, Franco A, Fernández-Novoa L, Cacabelos R. Blood levels of histamine, IL-1 beta and TNF-alpha in patients with mild to moderate Alzheimer's disease. *Mol Chem Neurophatol* 1996; 29: 237-55.
13. Engelborghs S, De Brabander M, De Cree J, D'Hooge R, Geerts H, Verhaegen H, et al. Unchanged levels of interleukins, neopterin, interferon-gamma and tumor necrosis factor-alpha in cerebrospinal fluid of patients with dementia of the Alzheimer type. *Neurochem Int* 1999; 34: 523-30.

14. De Simoni MG, De Luigi A, Gemma C, Sironi M, Manfredi A, Ghezzi P. Modulation of systemic interleukin-6 induction by central interleukin-1. *Am J Physiol* 1993; 265: R739-R742.
15. Arai K, Lee F, Miyajima A, Shichiro M, Naoko A, Yokota T. Cytokine coordinators of immune and inflammatory response. *Ann Rev Biochem* 1990; 59: 783-836.
16. Venters DH, Dantzer R, Kelley WK. A new mechanism of neurodegeneration: a proinflammatory cytokine inhibits receptor signaling by a survival peptide. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1999; 96: 9879-84.

### Cefalea sexual asociada a tumor intracraneal

Se han descrito tres tipos de cefaleas en relación con la actividad sexual. El tipo 1 o sordo es equiparable a la cefalea tensional por contracción muscular. El tipo 3 o postural es secundario a hipotensión del LCR en relación con una solución de continuidad dural por el esfuerzo del coito [1]. El tipo 2, que es el más típico, consiste en una cefalea explosiva que aparece inmediatamente antes o en el momento del orgasmo, de minutos de duración, y que no se acompaña de náuseas o vómitos [2]. Puede ocurrir de forma aislada o ser de carácter recurrente. Se considera una cefalea benigna, aunque siempre se debe descartar una hemorragia subaracnoidea mediante los estudios complementarios pertinentes [3,4].

Presentamos un caso de cefalea sexual tipo 2 asociada a un tumor intracraneal, del cual sería su manifestación inicial.

Se trata de un varón de 55 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por episodios transitorios de déficit sensitivo motor en extremidades derechas. Dichos episodios tenían una duración aproximada de 60 minutos, y el primero de ellos lo había presentado un mes antes.

El paciente también refería que, desde hacía aproximadamente tres meses, presentaba con las relaciones sexuales, y más concretamente durante el orgasmo, una cefalea intensísima, a nivel occipital, de pocos minutos de duración, y que no se asociaba a náuseas ni vómitos. Negaba que le aconteciera lo mismo con el ejercicio físico.

La exploración neurológica no reveló ninguna alteración, pero en la TC craneal con contraste se le realizó, apareció una tumoración parietal izquierda y adyacente a la hoz del cerebro, que captaba homogéneamente el contraste intravenoso, la cual era sugestiva de meningioma (Figura).

Es extremadamente raro que una cefalea asociada a actividad sexual sea causada por un tumor intracraneal. Se cree que la causa de este tipo de cefalea sexual (tipo 2) es el aumento brusco de presión arterial que ocurre durante el orgasmo (de 40-100 mmHg en la sistólica y 20-50 mmHg en la diastólica) [5,6]. El hecho de que el propranolol sea eficaz como tratamiento preventivo, al limitar ese aumento tensional, apoya esta hipótesis fisiopatológica.

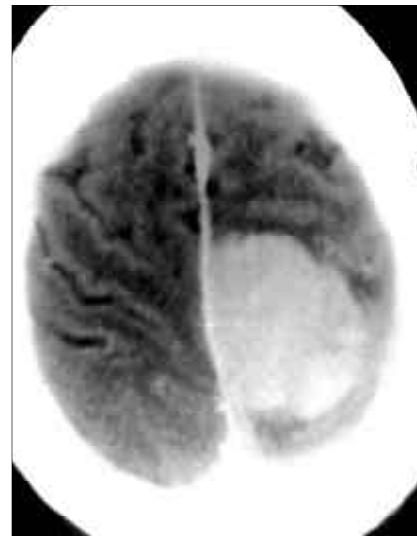


Figura.

En este caso concreto, la localización del tumor, en íntima relación con el seno longitudinal superior podría estar desempeñando un papel fisiopatológico al impedir un correcto drenaje venoso que, junto al aumento de presión arterial que sucede durante el orgasmo, actuarían de forma sinérgica desencadenando la sintomatología.

Por lo tanto, creemos que ante el diagnóstico de una cefalea de este tipo habría que indagar sobre la existencia de síntomas focales y realizar una completa exploración neurológica y eventualmente estudios de imagen, antes de considerarla benigna.

M. Romero-Blanco, E. Monteiro, G. João

Recibido: 14.02.01. Aceptado tras revisión externa sin modificaciones: 04.04.01.

Servicio de Neurología. Hospital Distrital Barlavento-Algarvijo. Portimão, Portugal.

Correspondencia: Dr. Mario Romero Blanco. Júcar, 2. E-41100 Coria del Río, Sevilla.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pascual J, Oterino A, Berciano J. Cefaleas tusígenas, de esfuerzo y sexual. *Neurología* 1997; 12 (Supl 5): 64-5.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl 7): 1-96.
3. Jerry WS, Swanson JW, Dodick DW, Capobianco DJ. Headache and other craniofacial pain. In Bradley WG, ed. *Neurology in Clinical Practice*. Boston: BH; 2000. p. 1872.
4. Kumar KL, Reuler JB. Uncommon headaches: diagnosis and treatment. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 333-41.
5. Lance JW, Goadsby PT. Other headaches without any structural abnormality. In Lance JW, ed. *Mechanism and management of headache*. Oxford: BH; 1998. p. 213-6.
6. Lance JW. Headaches related to sexual activity. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1976; 39: 1226-30.