

CORRESPONDENCIA

Cefalea sexual asociada a quiste aracnoideo

La cefalea causada por la actividad sexual puede ser primaria (benigna) o secundaria (sintomática). La cefalea explosiva que aparece durante el coito suele ser sintomática y su causa más frecuente es una hemorragia subaracnoidea.

La cefalea sexual sintomática suele tener una mayor duración y ser más frecuente que las formas benignas. Las cefaleas sintomáticas por actividad sexual y por esfuerzo presentan una patogenia similar, y existe una tendencia a separarlas de las provocadas por la tos.

Presentamos en caso de un varón de 36 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Consultó por padecer desde hacía dos meses una cefalea durante el coito. Desde hacía un mes comenzó con cefaleas que coincidían con otras actividades físicas, pero no con maniobras de Valsalva. La cefalea era occipital bilateral, pulsátil, de varias horas de duración, no se acompañaba de náuseas, vómitos ni fotofonofobia, y remitía parcialmente con ibuprofeno.

La exploración física, neurológica y el fondo de ojo eran compatibles con la normalidad. La bioquímica de rutina y el estudio de coagulación eran normales. En la resonancia magnética (RM) cerebral (Fig.1) se observó una atrofia del cuerpo caloso y un quiste aracnoideo gigante intraventricular derecho.

El paciente fue intervenido y se le realizó una craneotomía con corticotomía y resección del quiste. A partir de la resección remitieron las cefaleas. Tras un seguimiento de dos años, el paciente no volvió a presentar síntomas.

Históricamente, Symonds [1] clasificó las cefaleas provocadas por la actividad sexual en cefaleas benignas (sin alteración estructural intracraneal) y cefaleas provocadas sintomáticas (secundarias generalmente a una patología estructural de la fosa posterior). Años después, la International Headache Society (IHS) [2] consideraba la cefalea provocada benigna como una entidad independiente que englobaría en el mismo concepto la cefalea tusígena benigna, la cefalea por ejercicio físico y la cefalea de tipo explosivo asociada a la actividad sexual. Sin embargo, las principales características en cuanto al tipo de dolor, la duración y las maniobras desencadenantes son claramente diferentes. Comparten todas ellas, no obstante, la necesidad de excluir mediante neuroimagen la existencia de una lesión estructural asociada.

La cefalea sexual [3-6] aparece generalmente entre la segunda y sexta décadas de la vida, con un claro predominio en el sexo masculino (80-90%). La localización es homo o hemicraneal, intensa, explosiva y pulsátil. La duración del dolor oscila entre pocos minutos hasta incluso varias horas. Se origina como consecuencia de la excitación sexual y se puede prevenir o aligerar mediante la interrupción de la actividad sexual antes del orgasmo. La IHS [2] distingue dos tipos de cefalea sexual: preorgásmica (equiparable a la cefalea tensio-

Tabla. Relación de quistes aracnoideos de ventrículos laterales encontrados en la bibliografía.

Autores	Edad en años (sexo)	Clínica inicial	Localización
Yeates et al [19]	20 (varón)	Cefalea/alteración de la conciencia	Asta posterior derecha
Seike et al [17]	37 (varón)	Cefalea	Trígono izquierdo
Nakase et al [16]	36 (varón)	Cefalea y náuseas	Trígono derecho
Nakase et al [16]	24 (mujer)	Cefalea y náuseas	Trígono derecho
Lee et al [15]	36 (varón)	Cefalea	Ventrículo lateral derecho
Lee et al [15]	62 (varón)	Cefalea	Ventrículo lateral izquierdo
Pelletier et al [22]	32 (mujer)	Cefalea	Ventrículo lateral derecho
Goda et al [23]	30 (varón)	Cefalea	Asta anterior derecha
Shirakawa et al [24]	72 (mujer)	Demencia	Asta posterior y trigono derechos
Wong et al [25]	30 (mujer)	Psicosis	Trígono derecho
Koga et al [26]	63 (varón)	Alteración de la marcha	Ventrículo lateral izquierdo
Díaz et al [27]	54 (varón)	Cefalea/alteración del carácter	Atrio ventrículo lateral derecho
Gelabert et al [28]	69 (varón)	Cefalea	Trígono derecho
Maiuri et al [29]	25 (varón)	Cefalea y epilepsia	Trígono y asta posterior derechos
Fandiño et al [30]	66 (varón)	Epilepsia	Trígono izquierdo
Fandiño et al [30]	38 (varón)	Epilepsia	Trígono izquierdo
Santos et al	36 (varón)	Cefalea sexual	Ventrículo lateral derecho

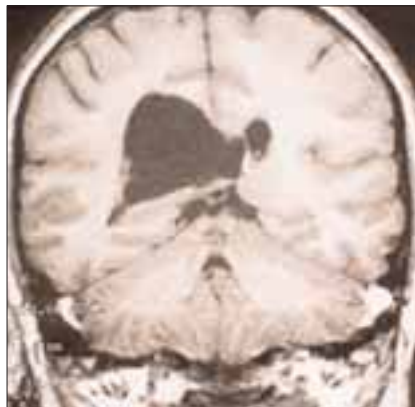


Figura. Resonancia magnética cerebral: proyección coronal en T₁ que muestra la existencia de un quiste aracnoideo gigante intraventricular derecho.

nal y de origen muscular, que se incrementa con la actividad sexual) y orgásmica, la más frecuente (relacionada con los cambios hemodinámicos que se producen en el orgasmo [7,8] y con la hipotensión del líquido cefalorraquídeo (LCR) en relación con una efracción dural por el esfuerzo del coito). En un buen número de pacientes existe el antecedente previo de migraña con o sin aura [9-10]. El paciente que se presenta refería una cefalea que coincidía con la actividad sexual pero de características atípicas (mayor duración del dolor y asociación con el tiempo a otras actividades físicas) que hicieron considerar el diagnóstico de cefalea provocada sintomática.

Recientemente se está cuestionando la clasificación que la IHS [2] hace de las cefaleas provocadas benignas, ya que actualmente se reconocen dos entidades diferentes: la cefalea tusígena frente a la cefalea orgásmica y la cefalea por esfuerzo físico, como expresiones distintas de un mismo cuadro clínico [11]. Esta distinción se sostiene también en el caso de las cefaleas provocadas sintomáticas, ya que

la malformación de Arnold-Chiari de tipo I es la causa más frecuente de la cefalea tusígena sintomática, mientras que las cefaleas sintomáticas sexual y asociada al esfuerzo físico son generalmente secundarias a una hemorragia subaracnoidea o a la existencia de una masa intracraneal frecuentemente metastásica, respectivamente [12,13]. En la RM cerebral realizada a nuestro paciente se observó la presencia de un quiste aracnoideo intraventricular derecho, lo que puede justificar toda la sintomatología como parece demostrar el hecho de que la cefalea remitiera tras la intervención neuroquirúrgica.

Los quistes aracnoideos constituyen el 1% de todas las lesiones que ocupan el espacio intracraneal [14]. Se originan en cualquier área con una barrera aracnoidea y su localización es diversa; la más frecuente es la cisura de Silvio interhemisférica o en las cisternas supraselares. La localización intraventricular es excepcional [15-18]. En cuanto a su etiología, se consideran congénitos cuando no hay evidencia de traumatismo craneoencefálico o lesión inflamatoria previa. La patogenia continúa siendo incierta, aunque existen varias teorías. Yeates et al [19] establecen su origen a partir del mesénquima vascular; por invaginación dentro del tejido cerebral adyacente. Nadase [16] y Okamura [20], en cambio, consideran su formación a partir de una capa aracnoidea que es arrastrada con el mesénquima cuando se produce la invaginación que da lugar a la fisura coroidea.

La clínica varía en función de la localización y del tamaño del quiste. Puede ser asintomático o, por el contrario, dar síntomas tardíos por un incremento del volumen (cefalea, hipertensión intracraneal cuando son intraventriculares o crisis epilépticas). El aumento del volumen se produce generalmente por un mecanismo valvular [21] o también por una mayor actividad secretora de las enzimas de la pared [20]. El diagnóstico se realiza mediante la RM, donde se comportan como lesiones hi-

pointensas en T₁ e hiperintensas en T₂, con una señal en ambas secuencias muy similar a la del LCR. En el caso que nos ocupa, la cefalea del paciente se debe a una hidrocefalia aguda y obstructiva por el bloqueo de la circulación del LCR. La repetición de los ataques de cefalea intensa es probablemente secundaria al efecto valvular ejercido por el quiste, que impedía de forma intermitente la dinámica del LCR y que, en definitiva, hubiera provocado el desarrollo de un síndrome de hipertensión intracraneal.

Al revisar la bibliografía hemos encontrado muy pocos casos descritos de quistes intraventriculares en pacientes adultos [15-17,19,22-30] (Tabla). En ningún caso el síntoma de inicio fue una cefalea sexual. Destacamos por tanto este hallazgo como una posible etiología de la cefalea provocada sexual sintomática.

S. Santos^a, P. Larrodé-Pellicer^a,
C. Iñiguez-Martínez^a, C. Pérez-Lázaro^a,
M. Claramonte^b, O. Alberti-González^a,
L. Martínez^a

Aceptado tras revisión externa: 21.11.05.

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, España.

Correspondencia: Dra. Sonia Santos Lasaosa. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. San Juan Bosco, 15. E-50009 Zaragoza. E-mail: ssantosl@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

- Symonds C. Cough headache. *Brain* 1956; 79: 557-68.
- International Classification of Headache Disorders. *Cephalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 1-160.
- Kritz K. Coitus as a factor in the pathogenesis of neurological complications. *Cesk Neurol Neurochir* 1970; 33: 162-7.
- Paulson GW, Klawans HL. Benign orgasmic cephalalgia. *Headache* 1974; 13: 181-7.
- Lance JW. Headaches related to sexual activity. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1976; 39: 1226-30.
- Porter M, Jankovic J. Benign coital cephalalgia. Differential diagnosis and treatment. *Arch Neurol* 1981; 38: 710-2.
- Sands GH, Newman L, Lipton R. Cough, exertional and other miscellaneous headaches. *Med Clin N Am* 1991; 75: 733-47.
- Braun A, Klawans HL. Headaches associated with exercise and sexual activity. In Vinken PJ, Bruyn GW, Klawans HL, eds. *Handbook of clinical neurology*. Amsterdam: Elsevier, 1986. p. 373-82.
- Evans RW, Pascual J. Orgasmic headaches: clinical features, diagnosis, and management. *Headache* 2000; 40: 491-4.
- Evans RW, Couch JR. Orgasm and migraine. *Headache* 2001; 41: 512-4.
- Silbert PL, Edis RH, Stewart-Wynne EG, Gubbay SS. Benign vascular sexual headache and exertional headache: interrelationship and long term prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991; 54: 417-21.
- Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vázquez-Barquero A, Berciano J. Cough, exertional, and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996; 46: 1520-4.
- Pascual J, Oterino A, Berciano J. Headache in type I Chiari malformation. *Neurology* 1992; 42: 1519-21.
- Clavel M, Gómez F, Onzain I, Velasco A. Quistes aracnoideos y demencia en el anciano. *Rev Clin Esp* 1985; 176: 144-8.
- Lee KS, Bae HG, Yun IG. Intraventricular arachnoid cyst. *J Neurosurg* 1989; 70: 154-5.
- Nakase H, Hisanaga M, Hashimoto S, Imanishi M, Utsumi S. Intraventricular 'arachnoid' cyst. Report of two cases. *J Neurosurg* 1988; 68: 482-6.
- Seike M, Kurisaka M, Mori K. Intraventricular arachnoid cyst. *Neurol Med Chir* 1987; 27: 154-8.
- Nadkerni T, Hande A, Nagpal R. Arachnoid cyst within the fourth ventricle: a case report. *Br J Neurosurg* 1995; 9: 657-8.
- Yeates A, Enzmann D. An intraventricular arachnoid cyst. *J Comput Assist Tomogr* 1979; 3: 697-700.
- Okamura K, Watanabe M, Inoue N, Kanoh M, Ohno T, Mitsui Y, et al. Intraventricular arachnoid cyst on the origin of intraventricular arachnoid cysts. *No To Shinkei* 1996; 48: 1015-21.
- Smith RA, Smith WA. Arachnoid cyst of the middle cranial fossa. *Surg Neurol* 1976; 5: 246-52.
- Pelletier J, Milandre L, Péragut JC, Cronqvist S. Intraventricular choroid plexus 'arachnoid' cyst. *Neuroradiology* 1990; 32: 253-5.
- Goda K, Tsunoda S, Sakaki T, Yoshimura Y, Sato N, Nakagawa H, et al. Intraventricular arachnoid cyst appearing with attacks of orbital pain: case report and review of the literature. *No Shinkei Geka* 1990; 18: 757-60.
- Shirakawa N, Mukai K, Fujisawa H, Furuichi S. A case of intraventricular cyst associated with normal pressure hydrocephalic condition. *No Shinkei Geka* 1991; 19: 897-902.
- Wong CW, Ko SF, Wai YY. Arachnoid cyst of the lateral ventricle manifesting positional psychosis. *Neurosurgery* 1993; 32: 841-3.
- Koga H, Mukawa J, Miyagi K, Kinjo T, Okuyama K. Symptomatic intraventricular arachnoid cyst in an elderly man. *Acta Neurochir (Wien)* 1995; 137: 113-7.
- Díaz P, Hernández J, Mañillo A, Morales F, Gómez JA. Quiste aracnoideo intraventricular. *Neurocirugía* 1995; 6: 331-5.
- Gelabert-González M, Prieto-González A, González-García J, García-Pravos A, Abdulkader I, García-Allut A. Quiste aracnoideo intraventricular en el adulto. *Rev Neurol* 1997; 25: 1095-8.
- Maiuri F, Iaconetta G, Gangemi M. Arachnoid cyst of the lateral ventricle. *Surg Neurol* 1997; 48: 401-4.
- Fandiño J, García-Abeledo M. Quiste aracnoideo intraventricular gigante: a propósito de dos casos. *Rev Neurol* 1998; 26: 763-5.

Amnesia global transitoria durante el coito

La amnesia global transitoria (AGT) puede considerarse como un síndrome clínico con-

sistente en un episodio de duración limitada (generalmente varias horas, no más de 24) que se caracteriza clínicamente por la presencia de amnesia retrógrada reciente y de amnesia anterógrada no acompañadas de trastorno del nivel de conciencia, focalidad neurológica o crisis epiléptica en pacientes sin historia previa de epilepsia o traumatismo craneoencefálico reciente [1-4].

Se ha descrito una incidencia anual de 3,4-10/100.000 en la población general, y de 23,5-32/100.000 en sujetos mayores de 50 años [5]. La etiopatogenia y los factores de riesgo de la AGT no se conocen bien; se ha sugerido que podría relacionarse con la isquemia transitoria de estructuras talámicas y de hipocampo o, menos probablemente, con una forma infrecuente de epilepsia de lóbulo temporal o 'depresión neuronal propagada', similar a la descrita en la migraña [1-4].

Los posibles factores desencadenantes tampoco se conocen exactamente. Entre ellos se han descrito el ejercicio físico y el coito. Presentamos el caso de una paciente que desarrolló un cuadro típico de AGT durante la actividad sexual.

Mujer de 57 años de edad, con antecedentes personales de hipertiroidismo que se trató con yodo radioactivo, y que desarrolló secundariamente hipotiroidismo, por el que seguía tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas. Asimismo, se le había diagnosticado artritis de etiología no filiada, para la cual tomaba antiinflamatorios no esteroideos (AINE). No refirió otros antecedentes personales de interés –incluyendo ausencia previa de diagnóstico de hipertensión u otros factores de riesgo vascular–, ni situaciones de estrés emocional reseñables durante los días previos.

Consultó por haber presentado un cuadro de aproximadamente una hora y media de duración consistente en desorientación temporo-espacial y amnesia de fijación, cuyo curso coincidió con la práctica de una relación sexual que fue capaz de concluir satisfactoriamente, pero de la que la paciente recordaba sólo el inicio, no el desarrollo ni el final; se mantuvo en esta situación durante casi una hora después de finalizado el coito. No recordaba que fue capaz de asearse por sí misma tras éste ni que fue trasladada a un hospital (datos referidos por su esposo).

En el servicio de urgencias le objetivaron cifras de tensión arterial de 160/110 mmHg. Los resultados de la analítica general, que incluyó determinación de hormonas tiroideas, electrocardiograma, radiografía de tórax y tomografía axial computarizada craneal, fueron normales, así como un estudio eco-Doppler de troncos supraaórticos y un electroencefalograma de vigilia.

La AGT se caracteriza por su aparición brusca y su resolución en unas pocas horas. Se han descrito diferentes desencadenantes, que pueden ir desde la realización de ejercicio físico a situaciones de estrés emocional [2-4,6], consumo de sustancias tóxicas, anomalías metabólicas, infecciones, tumores cerebrales, ictus, hemorragias subaracnoideas, epilepsia [7], dolor [3] –a veces relacionado con cólicos nefríticos