

# HEMIPAQUIMENINGITIS EN PACIENTE CON PANARTERITIS NODOSA

Más Sesé G, Álvarez Saúco M, García Quesada MA. Plaza Macías I. Alom Poveda J.  
Hospital General Universitario de Elche. Alicante

Mujer de 76 años.

AP: Vasculitis de tipo **Panarteritis Nodosa**, con afectación renal y del Sistema Nervioso Periférico

Hipertensión arterial. Insuficiencia Renal Crónica

En tratamiento con Corticosteroides y Bolos mensuales de Ciclofosfamida.

## ENFERMEDAD ACTUAL:

**Abril de 2004:** cefalea hemicraneal derecha más episodios autolimitados de **hemiparesia facio-braquio-crural izquierda**, de 1 a 4 horas de duración, coincidiendo con la **disminución** de dosis de corticoides, diagnosticados de "Déficits Neurológicos Reversibles en probable relación con Vasculitis tipo PAN". Remitieron con Ciclofosfamida y Corticosteroides.

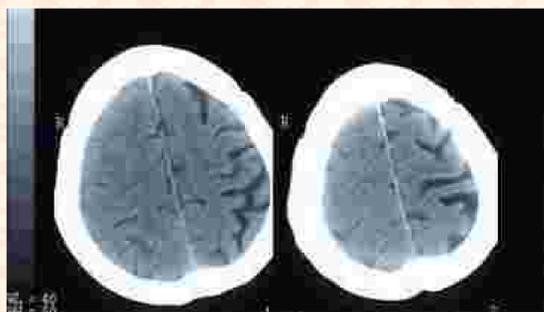
**Agosto 2005:** Acude a urgencias por dos episodios, los dos días previos, de hemiparesia facio-braquio-crural izquierda. Persiste **cefalea hemicraneal derecha** de un año de evolución, que inicialmente aparecía una hora después del inicio de la hemodiálisis, cediendo tras la misma; posteriormente había aumentado de intensidad, con carácter pulsátil, y se mantenía durante todo el día, aunque empeoraba durante la diálisis. No se acompañaba de cortejo vegetativo ni foto ó sonofobia.

A la exploración presentaba: leve bradipsiquia, paresia facial central izquierda y hemiparesia facio-braquio-crural 3/5 izquierda durante los episodios; hipoestesia en guante y calcetín de forma constante.

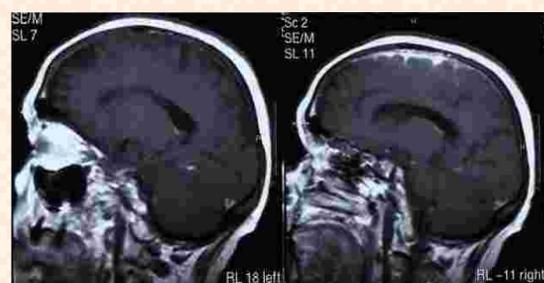
## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Aumento de PCR (279) y VSG (110). Hb:9,1 **LCR:** normal

Vitamina B12, Acido Fólico y TSH: normal. Serologías en sangre y LCR: negativas.

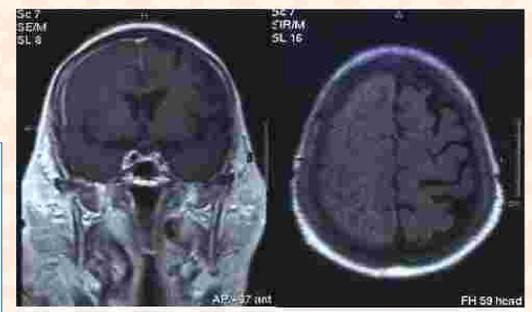


TAC CRANEAL. Agosto 2005



RM T1. Abril 2004

**TAC CRANEAL:** informado como normal.  
**RESONANCIA MAGNÉTICA ENCEFÁLICA Y ANGIO RM DE TRONCOS SUPRAAÓRTICOS Y POLÍGONO DE WILLIS:** pequeñas lesiones hiperintensas bilaterales periventriculares. Obliteración parcial de surcos de la convexidad fronto-parietal derecha con asimetría de ventrículos laterales. Tras la inyección de Gadolinio se aprecia un realce de la duramadre en hemisferio cerebral derecho, asimétrico respecto al contralateral.



T1 CON GADOLINIO. Agosto 2005



T1 CON GADOLINIO. Agosto 2005

## HEMIPAQUIMENINGITIS EN EL CONTEXTO DE PANARTERITIS NODOSA

- La paquimeningitis hipertrófica se ha relacionado con mayor frecuencia con enfermedades del **tejido conectivo o síndromes angeiáticos** [1], [2]. Suele provocar una afectación difusa de la duramadre, pero en algunos casos, este engrosamiento puede ser focal y acompañarse de edema cerebral subyacente [3].
- La **cefalea** es el síntoma más constante (como en nuestro caso), y en ocasiones puede representar durante largo tiempo la única manifestación clínica de la enfermedad, aunque suele asociar paresia de pares craneales [4].
- Normalmente se requiere de una biopsia para confirmar o descartar causas específicas cuyos hallazgos consisten en engrosamiento fibroso de la duramadre, a menudo asociado a un infiltrado inflamatorio crónico de linfocitos y células plasmáticas.
- Es importante destacar que se han descrito numerosos casos de **paquimeningitis hipertrófica idiopática** [1], [3], [4], [5], casi siempre como diagnóstico de exclusión.
- En nuestro conocimiento, este es el primer caso descrito de probable **hemipaquimeningitis en paciente con panarteritis nodosa**. Presumiblemente el edema cerebral asociado es de mecanismo inflamatorio – disímune.

## BIBLIOGRAFIA

1. Arismendi-Morillo GJ, González M, Molina-Viloria OM, Cardozo JJ. Paquimeningitis hipertrofica idiopática: un dilema diagnóstico. Rev Neurol 2004;39 (9): 830-834
2. Furukawa Y, Matsumoto Y, Yamada M. Hypertrophic pachymeningitis as an initial and cardinal manifestation of microscopic polyangiitis. Neurology 2004;63:
3. Nakazaki H, Tanaka T, Isoshima A, Hida T, Nakajima M, Abe T. Idiopathic hypertrophic croneal pachymeningitis with perifocal brain edema. Neurol Med Chir 2000;40:239-243
4. Parney I, Jonson E, Allen P. Idiopathic cranial hypertrophic pachymeningitis responsive to antituberculous therapy: a case report. Neurosurgery 1997;41:965-971
5. Kupersmith MJ, Martin V, Heller G, Shah A, Mitnick HJ. Idiopathic hypertrophic pachymeningitis. Neurology 2004; 62:686-694