

Síndrome trófico trigeminal en anciana con deterioro cognitivo de origen mixto

Autores

Autor/es: Francisco Javier León Pérez, Alberto Soto Moreno, Carmen García Moronta, Antonio Martínez López, Alejandro Molina Leyva, Salvador Arias Santiago. Institución/es: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Descripción del caso clínico

Paciente mujer, de 83 años, con principales antecedentes personales de deterioro cognitivo mnésico de causa mixta (Enfermedad de Alzheimer y demencia de origen vascular), insuficiencia cardíaca congestiva con estenosis aórtica degenerativa severa, síndrome ansioso-depresivo y síndrome de piernas inquietas. Institucionalizada en residencia y totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria.

Es traída al servicio de urgencias hospitalarias desde la residencia aportando un informe, el cual refiere que comenzó con lesión de rascado en hemicara izquierda hace 3 semanas, tratándole con Cetirizina y curas locales. Posteriormente pautaron Amoxicilina/Ácido Clavulánico durante 7 días por flemón dentario, sin mejoría hasta el momento actual.

A la exploración de la lesión se observa herida erosiva y sangrante de 15 cm en su diámetro mayor, que sigue trayecto de nervio trigémino en sus ramas V1 y V2 (maxilar y mandibular), desde base del cabello a nivel temporal hasta mentón ipsilateral, sin cruzar línea media de la cara. La paciente no expresa dolor durante la exploración. No presenta signos de infección local. En analítica de sangre no se observan alteraciones significativas en reactantes de fase aguda, así como en hemograma e ionograma.



Figuras A y B: En región facial izquierda, erosión de una zona de 15 cm de longitud desde barbilla hasta base del cabello a nivel temporal, con excoriaciones de rascado en diferente estadio de evolución.

Juicio clínico

Síndrome trófico trigeminal en anciana con deterioro cognitivo de origen mixto (Enfermedad de Alzheimer y demencia de origen vascular).

Discusión y transcendencia clínica

El síndrome trófico trigeminal (también conocido como ulceración neurotrófica trigeminal), es un cuadro poco frecuente que ocurre cuando se daña el nervio trigémino, pudiendo ser una lesión central o periférica del mismo. Se presenta con disestesias unilaterales en el trayecto de la rama o ramas afectas y con ulceraciones autoinfligidas, de forma habitualmente inconsciente por el paciente, siendo habitualmente lesiones erosivocostrosas de morfología variada sobre un fondo de piel atrófica e hiposensible respecto al lado contralateral.

La mayoría de los casos comprometen la rama maxilar del nervio trigémino, con el consecuente daño del ala nasal y la mejilla, siendo característico el respeto de la punta de la nariz. Las causas más frecuentemente descritas de este síndrome son: ablación del nervio trigémino (30%), accidentes cerebrovasculares (30%), complicaciones quirúrgicas, incluyendo el antecedente de craneotomía (21%) y otras causas menos frecuentes como traumatismos, infecciones por virus Herpes Zoster, tumores como meningiomas o astrocitomas.

Los estudios histopatológicos y de laboratorio son inespecíficos, pero útiles para descartar otras causas. A pesar de los esfuerzos terapéuticos, la evolución puede ser tórpida. El objetivo principal del tratamiento es detener la progresión de la úlcera y permitir su reparación.

Respecto al caso que presentamos, en primera instancia se le pautó Gabapentina 300 mg cada 24 horas y, sobre la herida, curas con ácido fusídico, Tacrólimus 0,1% pomada y apósito de silicona sobre toda la extensión, así como cobertura con vendaje para evitar rascado. La paciente acude a Consultas Externas de Dermatología una semana después (Figura C), donde refieren mejoría parcial tras haber empezado con las curas y vendaje, aunque persiste rascado compulsivo, por lo que se mantuvo tratamiento y se añadió Acetilcisteína 600 mg cada 12 horas, con tal de disminuir el impulso de rascado. Un mes más tarde acude a revisión con importante mejoría (Figura D), consiguiéndose cicatrización casi completa con mínimas erosiones por rascado.



Figura C



Figura D

*Figura C: Mejoría de erosiones hemifaciales 8 días tras la visita a Servicio de Urgencias Hospitalarias.
Figura D: Cicatrización casi completa con mínimas erosiones por rascado, un mes después.*

