

CEFALEA

Autor:

Dr. Federico Buonanotte M.P.N° 18215/5

Especialista en Neurología N° 6116

Jefe Neurología Hospital Nacional de Clínicas. FCM. UNC

Miembro del Comité de Contralor de Neurología del CMPC

La Cefalea es el principal motivo de consulta de causa Neurológica en adultos. Su presentación crónica, definida como cefalea presente por 15 días o más, durante más de 3 meses, afecta hasta un 5% de la población global y genera importante impacto en el funcionamiento, y en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Una primera evaluación debe enfocarnos a que la cefalea sea primaria o secundaria y en este último caso necesite una intervención y estudio especial.

CEFALEAS PRIMARIAS: migraña, cefalea tipo tensional, Cefaleas autonómicas trigeminales (siendo la Cefalea de Horton la mas frecuente) y cefaleas inusuales

CEFALEAS SECUNDARIAS: multiples causas: meingitis, hemorragia, traumatica, hipertensión endocraneana, etc.

DIAGNÓSTICO

Para lograr un manejo integral de estos pacientes, se requiere realizar un diagnóstico adecuado del tipo de cefalea, haciendo especial hincapié en el descarte de cefaleas secundarias. Existen múltiples banderas rojas para la detección de éstas; sin embargo, estudios muestran que, la presencia de patología secundaria en pacientes con banderas rojas es baja: entre el 0.7 a 3.7%, siendo la primera causa de cefalea secundaria, la cefalea por sobreuso de medicamentos. Las banderas verdes son datos a favor de una cefalea primaria como migraña.

BANDERAS VERDES

- Historia familiar de cefaleas
- Exacerbada por la menstruación
- Patrón estable por mas de 6 meses
- Retorno a la normalidad entre episodios
- Examen neurológico normal
- Historia personal de migraña
- Cumple criterios de la Clasificación. IHS
- Localización variable o cambiante de lado
- Gatillos y desencadenantes identificados

Las migrañas comienzan con un dolor moderado que luego se incrementa gradualmente hasta alcanzar un nivel máximo en una o dos horas. La cefalea de Horton se puede confundir en ocasiones con una cefalea secundaria debido a que la intensidad del dolor puede aumentar en algunos minutos. Sin embargo, esta cefalea es transitoria (usualmente dura menos de una o dos horas) y se asocia con signos característicos autonómicos ipsilaterales como lacrimo o rinorrea. La cefalea tensional es de intensidad leve a moderada y de progresión lenta.

BANDERAS ROJAS (plantean alta sospecha de causa secundaria)

Las banderas rojas o “señales de peligro” son signos o síntomas clínicos de alerta que sugieren la necesidad de realizar exámenes complementarios para descartar una causa secundaria de la cefalea. En un esfuerzo por sintetizar los signos de alarma de forma fácil, la American Headache Society (AHS) ha creado el acrónimo mnemotécnico: **SNNOOP10**:

Síntomas Sistémicos asociados a inicio del dolor: fiebre, pérdida de peso, enfermedades sistémicas de fondo, inmunosupresión.

Neoplasias previas.

Déficits Neurológicos asociados.

Inicio repentino y severo, cefalea en trueno.

Edad de inicio más allá de los 50 años. Obliga a descartar arteritis de células gigantes o neoplasias.

P10: – Cambio de Patrón o aparición reciente de una nueva cefalea.

- Cefalea Progresiva.
- Precipitación por las maniobras de Valsalva
- Empeoramiento con cambios Posturales.
- Puerperio o embarazo.
- Postraumatismo.
- Papiledema.
- Painful eye con características autonómicas.
- Patología del sistema inmunitario, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Painkillers o uso excesivo de analgésicos.

SOLICITUD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

La solicitud de estudios se relaciona con la sospecha clínica y los recursos disponibles.

Siendo mas accesible la tomografía, ésta debería solicitarse ante cualquiera de las señales de alarma o banderas rojas. Si hay signos meníngeos y la imagen es negativa una punción lumbar es mandatoria. Si se dispone de resonancia puede utilizarse. En todos los casos la sospecha clínica establece el orden.

Una cefalea severa persistente que alcanza su máxima intensidad algunos segundos o minutos después de iniciarse, amerita una investigación agresiva. Las entidades que presentan esta evolución clínica son la hemorragia subaracnoidea, las disecciones arteriales, las trombosis de los senos venosos, la apoplejía pituitaria y las emergencias hipertensivas.

La ausencia de cefaleas similares en el pasado sugiere la presencia de un desorden serio y no es la regla de las cefaleas primarias que usualmente son recurrentes y muchas veces son producidas por factores desencadenantes evidentes. Es poco probable que un paciente con un patrón estable de cefalea durante seis meses tenga una causa seria subyacente. “El primer o el peor dolor de cabeza de mi vida” es una descripción sugestiva de hemorragia intracraneana o de infección del SNC.

La presencia de fiebre, alteraciones en la esfera mental o en la personalidad, fluctuaciones del estado de conciencia, crisis sincopales o convulsiones y signos externos de traumatismo, sugieren una cefalea secundaria.

La cefalea asociada con la actividad física (tos, Valsalva, coito o ejercicio) puede deberse a una disección arterial o a una hemorragia intracraneal aunque la migraña puede empeorar también con el ejercicio y muchas veces obliga al paciente a guardar reposo. Por el contrario, la cefalea tensional no se modifica con el ejercicio.

Los pacientes mayores de 50 años con cefalea de novo o que empeora progresivamente, tienen riesgo de presentar una masa intracraneana o una arteritis temporal. Una cefalea nueva en un paciente con cáncer sugiere metástasis.

Los pacientes con SIDA merecen mención especial porque en ellos la cefalea usualmente se debe a lesiones intracraneales como toxoplasmosis,

La presencia de uno o más signos de alto riesgo en un paciente con cefalea aguda aumenta la posibilidad de una enfermedad seria subyacente y justifica una evaluación urgente con neuroimágenes, punción lumbar o ambas. Sin embargo si el examen neurológico es normal la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia nuclear magnética (RM) del cerebro, muestran anomalías sólo en un 2,4 por ciento de los pacientes; y si las cefaleas son típicas de una migraña y el examen neurológico es normal, sólo el 0,4 por ciento de los pacientes evaluados con neuroimágenes tendrá alguna anomalía. Se debe hacer una punción lumbar cuando se sospecha una hemorragia subaracnoidea y la TAC es normal. Cuando se sospecha una infección del SNC la punción lumbar es el examen de primera elección, a pesar del temor de causar una herniación cerebral. Sólo se recomienda practicar una TAC cerebral antes de realizar una punción lumbar en tres situaciones: papiledema, hallazgos neurológicos focales, y estado mental alterado. No hay suficiente evidencia científica que recomiende cuál es el examen ideal de neuroimagen del cerebro (TAC o RM), para un paciente con cefalea aguda en el servicio de urgencias. Sin embargo, si se sospecha una lesión de la fosa posterior se debe solicitar una RM cerebral y si se trata de lesiones vasculares, el examen indicado es una angiografía por RM. La necesidad de realizar exámenes de laboratorio específicos dependerá de la historia clínica y el examen

TRATAMIENTO DE CEFALEA EN URGENCIAS

Una vez realizado el diagnóstico diferencial debemos comenzar el tratamiento adecuado para cada tipo de cefalea. Debemos tener presente siempre que la atención a un paciente es un proceso dinámico por lo que estamos obligados a reevaluar continuamente al enfermo. Aunque lo más importante en el Servicio de

Urgencias es diagnosticar una cefalea secundaria no podemos olvidar el tratamiento correcto de las cefaleas primarias.

En el caso de las cefaleas secundarias debe realizarse el tratamiento específico de la patología que lo ha provocado además del sintomático correspondiente. En este tipo de cefaleas debemos estar preparados para realizar medidas de soporte vital (RCP, aislamiento de la vía aérea, etc.) si se diera la eventualidad.

- Traumatismo craneoencefálico (TCE): dependiendo de la gravedad de las lesiones que presente se requerirá desde observación a tratamiento neuroquirúrgico. Es importante la observación en el paciente con cefalea tras TCE y que presente intoxicación etílica o por drogas de abuso.
- Enfermedad cerebrovascular: valoración por Neurología o Neurocirugía.
- Arteritis de células gigantes: inicio de tratamiento con corticoides (prednisona) a 1mg/Kg/día vo, im o iv.
- Patología intracraneal no vascular: valoración por Neurocirugía.
- Cefalea post punción lumbar: paciente en decúbito con reposición hídrica y analgésicos.
- Atribuida a administración o supresión de una sustancia: suspensión de medicación. Si es intoxicación por monóxido de carbono se utiliza oxigenoterapia a alto flujo.
- Atribuida a infección: antibióticos o antivirales junto al tratamiento sintomático o incluso valoración neuroquirúrgica en caso de abscesos.
- Atribuida a trastorno de la homeostasis: oxigenoterapia, suero glucosado, etc dependiendo de la causa.

TRATAMIENTO:

Es importante evaluar y tratar patologías concomitantes que pueden incidir sobre la cronicidad e intensidad de los síntomas, como el sobre uso de medicamentos agudos, trastornos del ánimo, y patologías de dolor concomitante. Otros factores de riesgo modificables son obesidad, trastornos del sueño y períodos de ayuno prolongados. El espectro de medicación analgésica es variable en cefaleas secundarias: analgésicos, AINES, opioides, coadyuvantes. Se seleccionara de acuerdo a la causa e intensidad del dolor.

CEFALEAS PRIMARIAS MÁS FRECUENTES

MIGRAÑA

El dolor se caracteriza por ser predominantemente unilateral, suele cambiar de lado entre eventos, es pulsátil, se agrava por el movimiento y está acompañado de náuseas, vómitos y/o fotofobia. Suele durar entre 4 y 72 horas, dependiendo de las medidas terapéuticas y de la severidad del ataque. La migraña con aura se presenta con las mismas características dolorosas pero es precedida por manifestaciones neurológicas focales que se inician lentamente, se instalan en 20-30 minutos y comienzan a desaparecer y entonces se inicia el fenómeno doloroso.

La migraña con aura es menos prevalente y se caracteriza por un episodio neurológico focal, generalmente visual, de instalación progresiva, que precede al dolor en 15-40 minutos.

El ataque de migraña suele manifestarse en distintas etapas características que, si bien no se cumplen en todas las personas y pueden variar con el tiempo, generalmente son reconocidas por el paciente:

- **Fase de pródromos:** se presentan manifestaciones o sensaciones que ponen en aviso al individuo que le va a venir el dolor. Estos síntomas son muy variados e incluyen decaimiento, irritabilidad, euforia, cambios en el apetito, somnolencia, sensibilidad exagerada a la luz, ruidos, olores, sialorrea, todas sensaciones conocidas por el individuo.
- **Fase de aura:** suele darse en los pacientes que tienen migrañas con aura y son manifestaciones neurológicas como sensaciones visuales (fosfenos, hemianopsia), calambres, cosquilleos, molestias para hablar y otras. Suelen durar pocos minutos y preceden al dolor.
- **Fase del dolor:** se inicia la sensación dolorosa, generalmente asociada a náuseas, molestia a la luz y ruidos, dolor que empeora con el movimiento.
- **Fase de resolución o postdromo:** se va el dolor, pero quedan molestias tanto físicas –como fatiga o tensión muscular– o psíquica –como depresión o euforia–.

GENERALIDADES EN EL TRATAMIENTO DE MIGRAÑAS:

Tratamiento sintomático agudo de la migraña

El tratamiento sintomático del paciente con migraña es obligatorio. Se debe considerar la intensidad del dolor, la presencia de síntomas asociados y la experiencia previa. Particularmente hay que tener en cuenta que:

- El tratamiento hay que iniciarlo lo antes posible utilizando dosis óptimas desde el principio, si no hay respuesta en 1-2 horas puede añadirse otro fármaco de otro grupo terapéutico.

Migraña episódica (ME)

La medicación sintomática de los ataques de migraña puede dividirse en:

- Tratamiento no específico:

Incluye analgésicos y AINES. Estos fármacos, pueden proporcionar buenos resultados a las dosis adecuadas en las crisis leves o moderadas, si se administran precozmente al comienzo de la crisis de migraña.

Fármacos más utilizados: Paracetamol, Naproxeno, Ibuprofeno.

Se debe advertir del riesgo de cefalea por abuso en las personas que siguen tratamientos agudos, tener en cuenta la posible gastrolesividad y evitar preparados que contengan aspirina en pacientes menores de 18 años por el riesgo de síndrome de Reye.

- Tratamiento específico:

ERGÓTICOS: pueden considerarse en pacientes con migrañas leves o moderadas cuando estas sean prolongadas (más de 48 horas) o recurrentes, siempre que exista buena respuesta previa, ausencia de contraindicaciones potenciales y sin superar dosis de 6 mg por ataque ni 10 mg por semana (1,5) para evitar el ergotismo.

TRIPTANES: Son fármacos con eficacia demostrada en el tratamiento sintomático de las crisis de migraña siendo de elección en las de intensidad moderada-grave. Los efectos adversos más comunes son parestesias, sensación de calor/ opresión, mareos, sofocos y dolor torácico.

Al igual que los ergóticos se deben evitar en pacientes con alto riesgo vascular, antecedentes de cardiopatía isquémica, angina vasoespástica, ictus isquémico, enfermedad vascular periférica, migrañas hemipléjica y basilar, hipertensión no controlada, arritmias tipo fibrilación auricular, embarazo e insuficiencia renal avanzada (eletriptan, naratriptan y rizatriptan).

- Tratamiento coadyuvante: Incluye antieméticos/ procinéticos como la DOMPERIDONA y la METOCLOPRAMIDA.

Nuevos fármacos: ditanes (agonista 5HT_{1F}) y Gepantes (antagonistas de CGRP)

Tratamiento preventivo de migrañas:

Para pacientes con migraña, está indicado cuando tienen más de 8 días de cefalea mensual, más de 4 episodios de migraña mensual o cuando tienen auras incapacitantes. Otras indicaciones para ambos tipos de cefalea son mala tolerancia o ineficacia de tratamiento agudo o síntomas severos. Por último, si un paciente presenta cefalea por sobreuso de medicamentos, debe iniciar manejo profiláctico al momento del diagnóstico. Fármacos potenciales con evidencia en profilaxis: propranolol, amitriptilina, flunarizina, topiramato, toxina botulínica, anticuerpos monoclonales (anti CGRP)

CEFALEA TIPO TENSIONAL

El dolor es holocraneano, continuo, no pulsátil y de intensidad moderada. Muchas veces se lo describe como un peso, una vincha o sensación de presión en la cabeza. En general, no discapacita ni se acompaña de náuseas, vómitos o molestia a la luz o los ruidos.

En cuanto al público afectado, tiene cierto predominio femenino, la edad de inicio es variable, se relaciona con estímulos variados, pero sobretodo con actividades estresantes (épocas de exámenes, situaciones laborales, jornadas prolongadas, etc.). Puede irradiarse al cuello y los hombros.

La forma ocasional la trataremos con analgésicos habituales solos o combinados con pequeñas dosis de benzodiacepinas. La forma episódica aparece en temporadas relacionadas con conflictividad ambiental, insomnio o estados depresivos. La importancia del componente psicológico anda paralela a su frecuencia siendo máxima en las formas crónicas.

La administración AINES constituye la primera elección para el tratamiento de los episodios agudos de dolor en la CT. Existe evidencia convincente de eficacia para el uso de IBUPROFENO (sólo o con cafeína), NAPROXENO, SALICILATOS Y PARACETAMOL.

Si la frecuencia de eventos de cefalea tensional son mas de 2 por semana se recomienda iniciar tratamiento preventivo: amitriptilina, venlafaxina o relajantes musculares.

CEFALEA EN RACIMOS (CR)

Es el tipo más frecuente de las denominadas cefaleas trigeminales con síntomas autonómicos, con una prevalencia de entre el 0,01 y el 0,9%. Conocida también como *cluster* o cefalea de Horton, la cefalea en racimos predomina en varones y la edad de mayor incidencia es entre los 20 y los 40 años. Existe historia familiar hasta en el 7% de los casos. Se presenta en épocas de dolor (racimos de dolor) que pueden durar entre 40 a 90 días.

La presentación del dolor se caracteriza por ser casi horaria, con mayor frecuencia al mediodía y dos horas después de dormirse. El paciente se encuentra excitado y se agrega inyección conjuntival del lado del dolor, lagrimeo, rinorrea y oclusión nasal homolateral, ptosis, sudor facial y miosis. El ataque dura entre 15 y 180 minutos con inicio y fin relativamente brusco.

Tratamiento agudo cefalea de horton

1. Oxígeno al 100 por ciento: en máscara facial cerrada a 8-12 lt/minuto puede abortar la mayoría de los ataques si se emplea desde el comienzo de éstos.
2. Sumatriptán: en una investigación, el 96 por ciento de los pacientes mejoró del dolor 15 minutos después de la aplicación de 6 mg SC.
3. Esteroides: pueden producir un alivio temporal durante días o semanas.

MIGRAÑA CRÓNICA (MC)

Esta entidad clínica resulta de la transformación de una migraña episódica de baja o alta frecuencia. Asocia factores de riesgo que deberían modificarse como: estrés, insomnio, depresión, ansiedad, ronquido, sedentarismo, obesidad y otros. Por su cronicidad, el tratamiento específico de la MC consiste en su tratamiento preventivo. Aunque una gran parte de pacientes con MC cumplen criterios de abuso de analgésicos, no olvidaremos indicar un tratamiento sintomático de las crisis que ha de basarse en el empleo de AINEs y triptanes.

Tratamiento Migraña Crónica: Topiramato, toxina botulínica, anticuerpos monoclonales. Pueden asociarse otros preventivos convencionales

El uso racional ya decuado de medicación de rescate así como la incorporación de preventivos colabora a que esta entidad no se presente.

CEFALEA POR SOBREUSO DE MEDICACIÓN ANALGÉSICA

Es un cuadro clínico que se caracteriza porque una cefalea de presentación frecuente que motiva la toma de medicación analgésica o antimigrañosa de rescate y se establece un síndrome doloroso casi diario, agravado o cronificado por el sobreuso de medicación. Este sobreuso se define como el consumo de 2 comprimidos de medicación con ergotamina o triptanes o mas de 3 veces semanales con analgésicos o antiinflamatorios. La deshabitación es la estrategia de tratamiento

MANEJO NO FARMACOLÓGICO

Es necesario para todos los pacientes con cefaleas primarias. Su rol es fundamental para contribuir a la neuroplasticidad positiva, que induce cambios en circuitos cerebrales que potencian los recursos antinociceptivos.

Las principales son: manejo del estrés, actividad física regular, técnicas de relajación, regularizar habitos de sueño, alimentación regular, adecuada hidratación. Siempre se suman otros en función del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Campoy, J. G., Oria, C. G., Recio, M. F., Aranda, F. G., Cobo, C. J., & Pérez, J. H. (2012). Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 38(4), 241-244.
- Dodick DW. Diagnosing Secondary and Primary Headache Disorders. *Continuum* (Minneapolis Minn). 2021 Jun 1;27(3):572-85.
- Sánchez Del Río M, Medrano-Martínez V, Pozo-Rosich P, Ruiz-Álvarez L, Torres-Ferrús M. Fisiopatología. Métodos diagnósticos, criterios de derivación y criterios de hospitalización. En: Santos Lasaosa S, Pozo Rosich P (eds.). *Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones Diagnóstico-Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020*. Madrid: Luzán 5; 2020. pp. 45-71.
- Santos Lasaosa S, Pozo Rosich P (eds.). *Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones Diagnóstico-Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020*. Madrid: Luzán 5; 2020.
- Buonanotte CF. *Manual para la Práctica Neurológica*. Ed Cyan Gráfica. Córdoba 2023. ISBN: 978-000-000-000-0