

tema 16

CEFALEA

Martínez Burgui, Consuelo
López López, Alfredo
Martínez Burgui, Jesús Ángel
Rodilla Calvelo, Francisco

 SUMATRIPTAN
IMIGRAN[®]

COMPRIMIDOS
NARAMIG[®]
NARATRIPTAN

CONCEPTOS GENERALES Y OBJETIVOS DEL TEMA

La cefalea es el síntoma neurológico más frecuente. Se calcula que al menos un 80% de la población general padece cefalea de forma mas o menos habitual, siendo el motivo más frecuente, tanto en Atención Primaria, como en la consulta de Neurología y también cada vez más frecuente en Urgencias. Aunque la mayoría de pacientes con cefalea padecen entidades que no conllevan riesgo vital, en muchos de ellos, el dolor condiciona a largo plazo efectos negativos sobre el rendimiento escolar o laboral y las relaciones sociales y familiares.

FISIOPATOLOGÍA

ESTRUCTURAS SENSIBLES AL DOLOR

A excepción de los núcleos del rafe, el parénquima cerebral es casi insensible al dolor, lo que explica la poca frecuencia en que la cefalea es síntoma de inicio en los procesos expansivos intracraneales. Al igual que otros dolores, en las cefaleas, el dolor es consecuencia de la activación de los receptores “periféricos” extracraneales. Las estructuras craneales sensibles al dolor son: el cuero cabelludo, las arterias dependientes del sistema de la carótida externa (sobre todo menígea media), las porciones próximas extracerebrales de las grandes arterias ramas de la carótida interna y senos venosos. Estructuras como el epéndimo, ventrículos, los plexos carotídeos, las venas piales y el parénquima cerebral (excepto núcleos del rafe) son insensibles al dolor.

Los estímulos dolorosos son recogidos en las estructuras anatómicas sensibles al dolor y vehiculizados al cerebro por el núcleo del Trigémino (para las estructuras supratentoriales) y por las tres primeras raíces cervicales (para estructuras infratentoriales). Por último el Vago y el Glossofaríngeo recogen los estímulos de la fosa posterior.

Así el dolor puede ser secundario a:

- Dilatación, distensión o tracción de arterias craneales sensibles al dolor.
- Tracción o desplazamiento de estructuras venosas intracraneales o de las cubiertas durales.

- Compresión, tracción o inflamación de los pares craneales o de las raíces espinales.
- Espasmo y/o inflamación de los músculos craneales o cervicales.
- Irritación meníngea.
- Aumento de la Presión Intracraneal (PIC).
- Perturbación de las proyecciones serotoninérgicas intracerebrales.

OBJETIVOS DOCENTES

Deben quedar claros los siguientes puntos:

- Clasificación etiológica de la cefalea Primaria y Secundaria.
- Realización de la anamnesis correcta del dolor.
- Diagnóstico y pruebas diagnósticas.
- Tratamientos sintomáticos precoces y profilácticos.
- Criterios de ingreso.

VALORACIÓN DEL PACIENTE CON CEFALEA

ANAMNESIS

Dado que en la mayoría de las cefaleas los estudios complementarios no ayudan a su diagnóstico, la anamnesis es el instrumento fundamental. Esta debe ir encaminada a intentar la clasificación etiológica del dolor. Tras un correcto interrogatorio, el examen físico servirá para confirmar la sospecha creada por la anamnesis.

- El interrogatorio debe seguir un protocolo sencillo pero reglado

Es útil dar la oportunidad al paciente de que describa su cefalea; se suele emplear poco tiempo y facilita una gran información. A partir de ahí habrá que valorar los siguientes puntos: a) Anamnesis general e historia familiar.

Edad de comienzo (niñez, juventud, madurez, ancianidad...) y tiempo de evolución (crónica o recurrente, aguda o recientemente progresiva, cambio reciente de cefalea crónica...)

- Instauración: súbita o gradual; tiempo hasta el ACME.

- Frecuencia: diaria, semanal mensual; alternancia brote-remisión.
- Localización:
 - focal, hemicraneal, holocraneal.
 - frontal, occipital en vertex, orbitaria.
 - cambios de localización durante la evolución
 - cambios de evolución respecto a cuadros anteriores.
- Duración: segundos, minutos, horas, días, semanas, meses, años.
- Horario: matutina, vespertina, nocturna, de hora fija.
- Cualidad: pulsátil, tenebrante, urente, lacinante, pesadez...
- Intensidad: leve, intensa, moderada, si le despierta, si le impide trabajar...
- Factores agravantes o desencadenantes: ejercicio, coito, tos, alcohol, menstruación, zona gatillo...
- Remisión:
 - brusca, progresiva, permanente...
 - situaciones que la modifican: postura, sueño, medicación...
 - falta de remisión con medidas habituales.
- Síntomas asociados: náuseas, vómitos, fonofobia, escotomas, hemianopsia, hemidisestesia, diplopia, hemiparesia, inestabilidad y vértigo.....
- Manifestaciones asociadas: trastornos de conducta, TCE, problemas odontológicos, ORL, oftalmológicos, patología sistémica asociada...

EXPLORACIÓN FÍSICA

Es necesario confirmar la sospecha diagnóstica con una exploración tanto sistémica como neurológica.

Examen general

Debe prestar atención a la posible presencia de HTA, manchas café con leche de una posible neurofibromatosis que curse con masas intracraneales, implantación baja de pelo (Chiari tipo II) o dolor sobre senos paranasales.

Examen neurológico general

Focalidad, alteración sensibilidad, alteraciones de la marcha...

Exploración neurológica específica de cefalea

Palpación de calota, auscultación carotídea y arterias temporales, exploración senos paranasales, pares craneales, y de especial importancia es la exploración del fondo de ojo: si existe edema de papila o ausencia de pulso venoso, descartar hipertensión intracraneal.

Diagnostico diferencial de edema de papila es: hipertensión intracraneal, papilitis, pseudotumor cerebri, masa intracraneal, cefalea con atrofia de nervio óptico que se asocia a tumor paraselar ...

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

La anamnesis y la exploración reglada permitirán el diagnóstico correcto de la mayor parte de los cuadros de cefalea consultados sin necesitar la realización de pruebas complementarias, como en la cefalea tensional o la migraña.

Serán necesarios en determinadas en determinadas ocasiones:

- Desencadenada por el ejercicio físico o las maniobras de Valsalva.
- Cefalea de inicio súbito.
- Cefalea asociada a clínica o exploración sistémica patológica.
- Cefalea asociada a clínica o exploración neurológica sugestiva de focalidad (excepto cuadro típico de migraña con aura, o la focalidad es previa y ya justificada por otros procesos).
- Cefalea etiquetada en principio de benigna que no responde al tratamiento.
- Cefalea de reciente aparición en ancianos (arteritis de la temporal).

Así, en resumen, se solicitarán las pruebas:

Laboratorio

- Sangre con bioquímica, hemograma, ionograma y VSG en casos de sospecha de arteritis de la temporal

- LCR sólo si sospecha de procesos meníngeos con TAC normal.

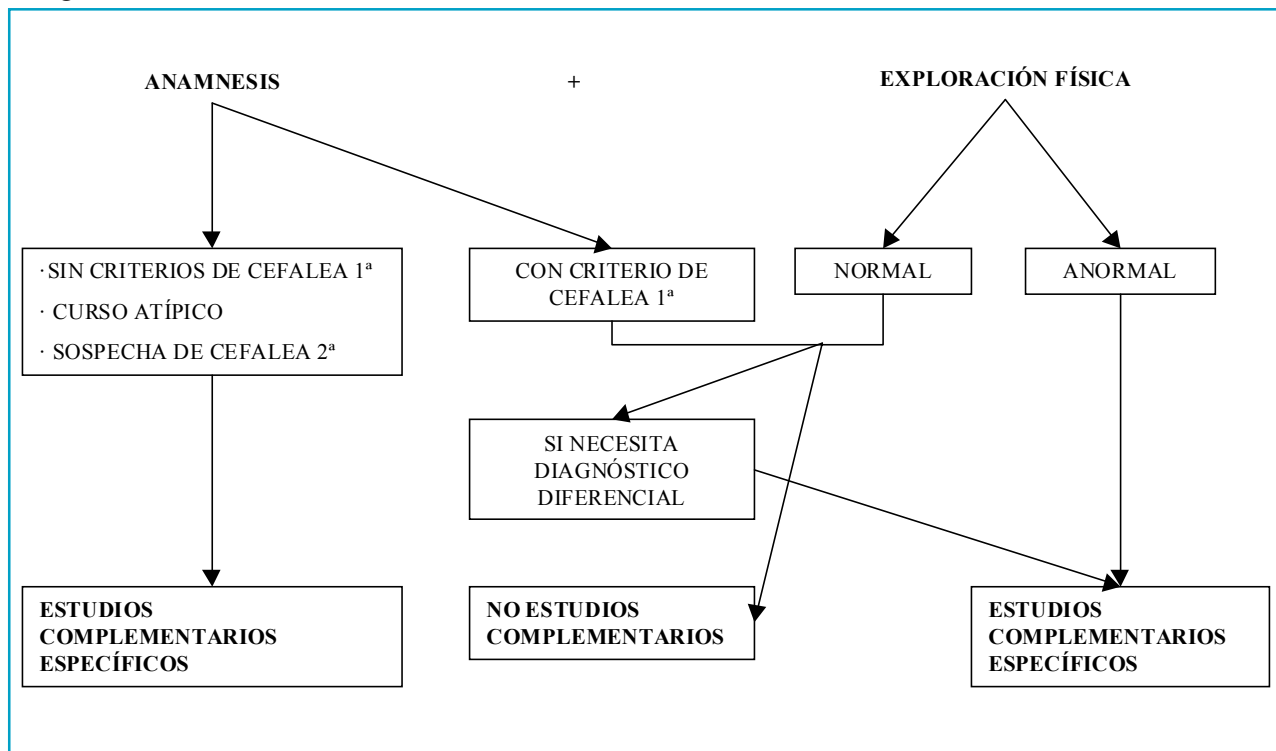
Neuroimagen

- TAC.
- RMN: En casos especiales como descartar

malformación de charnela en un paciente con cefalea provocada por cambios posturales o el Valsalva, en caso de HIC “benigna” para descartar trombosis venosa.

- RX Senos paranasales (Watters)
- RX Columna cervical.

Figura 1.



ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

(Características clínicas de las cefaleas crónicas más frecuentes)

Migraña

Duración: 4-72 horas.

Evolución: suele ser episódica, con periodos intercríticos asintomáticos.

Características: intensa. Localización generalmente unilateral, aunque puede ser bilateral. Pulsátil, palpitante, agravada por la actividad física y los movimientos cefálicos. Fotofobia y fonofobia frecuentes. Náuseas y vómitos frecuentes y un 20% se acompañan de aura migrañosa (escotomas centelleantes, hemianopsia, hemiparestesias, hemiparesia).

Cefalea en racimos

Duración: 15 min a 3 horas. 1-4 veces al día, pudiendo aparecer siempre a las mismas horas del día.

Evolución: la más frecuente se presenta en racimos estacionales de 3-6 semanas.

Características: muy intensa, localización generalmente retroocular. Asocia ptosis palpebral, lagrimeo, inyección conjuntival, alteraciones pupilares. Sudoración uni o bilateral de la cara y rubor facial. Congestión nasal típica. Se desencadena por el alcohol, frío, estrés y el sueño.

Cefalea tensional

Duración: de 30 min a 7 días.

Evolución: puede variar desde episódica a ser una cefalea crónica diaria.

Características: intensidad moderada y de localización generalmente holocraneal aunque puede ser unilateral. No se suele agravar con la actividad física ni con los movimientos cefálicos, puede existir una fonofobia y fotofobia leve y poco frecuente (sólo se observa en ataques intensos de cefalea tensional). Náuseas y vómitos ocasionalmente y la ansiedad y la depresión pueden estar asociadas con este cuadro.

Cefalea por abuso de analgésicos

Duración: persiste durante todo el día.

Evolución: es una cefalea crónica diaria.

Características: intensidad moderada, localización generalmente bilateral. El paciente se automedica a diario consiguiendo únicamente mejorías transitorias. La cefalea se agrava al suspender el analgésico (cefalea de rebote). Los fármacos más comúnmente implicados son el paracetamol y los ergotamínicos.

Cefalea crónica diaria

Constituye un grupo heterogéneo de cefaleas con una presentación de un mínimo de 3 meses y de 15 días por mes.

La clasificación más reciente admite 4 grupos:

Migraña transformada (con y sin abuso de analgésicos)

Cefalea de tensión crónica (asociada o no a alteraciones de músculos pericraneales)

Cefalea crónica de inicio reciente (con y sin abuso de analgésicos)

Hemicraneal crónica.

- Migraña transformada

Más frecuente en mujeres, tiene una historia clínica previa de migraña episódica con evolución hacia crisis frecuentes y menos intensas. 70% de los casos.

Duración: 4 horas/día sin tratamiento.

Características: al menos uno de los siguientes criterios:

- Historia de migraña episódica previa.
- Historia de aumento de frecuencia y disminución de severidad.

- La cefalea actual cumple los criterios de migraña salvo la duración.

Al menos uno de los siguientes criterios con abuso de analgésicos:

- Uso de analgésicos simples 5 días a la semana.
- Combinación de analgésicos múltiples 3 comp/día 3 días a la semana.
- Narcóticos 1 comp/día más de 2 días a la semana.
- Ergotamina 1 mg/oral > 2 días a la semana.
- Cefalea de tensión crónica

Supone el 20% de los casos. Puede presentarse de forma crónica desde el inicio o como una cefalea tensional esporádica previa.

Características:

- Dolor diario o casi diario durante 180/días al año.
- Al menos 2 de los siguientes criterios:
- Calidad opresiva.
- Severidad moderada.
- Localización bilateral.
- No se agrava con la actividad física ni subir escaleras.
- Historia previa de cefalea tensional episódica.
- Aumento gradual de la frecuencia en los últimos meses.
- No vómitos. Náuseas o fonofobia o fotofobia.

Con abuso de analgésicos:

- Uso de analgésicos simples 5 días a la semana.
- Combinación de analgésicos múltiples 3 comp/día 3 días a la semana.
- Narcóticos 1 comp/día más de 2 días a la semana.
- Ergotamina 1 mg/oral > 2 días a la semana.

- Cefalea crónica de inicio rápido

Características de cefalea tensional crónica pero sin historia previa de cefalea tensional y el inicio lo recuerda el paciente de forma brusca.

TRATAMIENTO

Nos limitaremos a la exposición de fármacos y dosis recomendadas para los distintos cuadros, y cuando emplear los distintos fármacos tanto en el ataque agudo como la posibilidad de iniciar el tratamiento profiláctico.

MIGRAÑA

Tratamiento de la crisis

Primero exponemos el arsenal disponible según el grado de intensidad y posteriormente cómo y cuando utilizarlos.

- Crisis migrañosa leve-moderada:
 - Analgésicos vía oral:
 - Naproxeno (500-1000 mgr)
 - Ketorolaco (30 mg)
 - Antieméticos vía oral:
 - Metoclopramida (10mgr)
 - Domperidona (10-30 mgr)
 - si vómitos: Metoclopramida (10 mgr) im.
- Crisis migrañosa moderada severa:
 - Sumatriptan 50-100 mgr vo, 6 mg sc o intranasal.
 - Zolmitriptan 2,5-5 mgr vo
 - Naratriptan 2,5-5 mgr vo
 - Rizatriptan en comprimidos (5 y 10 mg) y liotab (10 mg).
 - Analgésicos vo: AINE:
 - Diclofenaco 75 mgr
 - Ketorolaco 30-60 mg.
 - Naproxeno (500-1000 mg).
 - Antieméticos:
 - Metoclopramida 10 mgr im
 - Domperidona 30-60 mgr vo.

- Crisis severas prolongadas y/o estatus migrañoso:

- Sumatriptán 6 mgr sc o intranasal.
- Analgésicos vía parenteral: - AINE:
 - . Diclofenaco 75 mgr im
 - . Ketorolaco 30-60 mgr im
- Antieméticos parenteral: metoclopramida 10 mgr im o iv.
- Reposición hidrosalina
- Sedación parenteral:
 - Neurolépticos. Clorpromacina 12,5- 25 mgr.
 - Diacepam 10mgr.
- Corticoides (si falla lo anterior):
 - Prednisona 40-80 mgr bajando en 2 días.
 - Dexametasona 4-20 mgr bajando en 2-4 d.
 - Metilprednisolona 500 mgr iv en 1 dosis y si no tiene respuesta mantenerla 3 días.

Profilaxis de la migraña

- Se deberá iniciar profilaxis de migraña a un paciente que llega a Urgencias si: Frecuencia de ataques >2 por mes o si frecuencia < 2 mes pero con alguna de las siguientes características:
 - ataques severos
 - asociado a focalidad neurològica
 - duración prolongada
- Los farmacos son:
 - Beta-bloqueantes sobre todo si se asocia a ansiedad, HTA, hipotiroidismo o temblor y no se administraran si el paciente padece Insuficiencia cardiaca, bloqueo aurículo ventricular de 2º y 3º grado y BNCO espástica.
 - Los Beta bloqueantes que usaremos son:
 - Propanolol 40-160 mgr/día (1ª elección)
 - Nalodol 20-120 mgr/día (poco usado)
 - Atenolol 50-200 mgr/día (poco usado)
 - Metoprol 100-200 mgr/día (poco usado)

- Calcioantagonistas:
 - Flunarizina 2,5-5 mgr/día (sedación y aumento de peso)
 - Nicardipino 40-60 mgr/día
 - Nimodipino 90-120 mgr/día
 - Verapamilo 240-360 mgr/día

No se utilizarán si se padece Insuficiencia cardiaca, Hipotensión arterial, insuficiencia renal o insuficiencia hepática, y hay que tener en cuenta que tardan entre 2 y 12 semanas en hacer efecto

- Antiserotoninérgicos:
 - Metisergida 2-6 mgr/día
 - Pizotifeno 0,5-1,5 mgr/día
 - Ciproheptadino 8-16 mgr/día

Son fármacos profilácticos de segunda línea, hay que tener precaución con el aumento de peso, de sueño y la posibilidad de inducir fibrosis retroperitoneal. Poco usados.

- Antidepresivos tricíclicos:
 - Amitriptilina 10-75 mgr/día
 - Nortriptilina 10-75 mgr/día
 - Imipramina 10-75 mgr/día
 - Lofepramina 70-140 mgr/día
 - Doxepina 10-75 mgr/día
- Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS):
 - Fluoxetina 20-40 mgr/día
 - Paroxetina 20-40 mgr/día
 - Sertralina 50-100 mgr/día
 - Fluvoxamina 50-100 mgr/día

Estos dos grupos se usarán sobre todo si existe asociación a cefalea de tensión. Se aumentará la dosis si además existe depresión

- Antiepilépticos:
 - Valproato sódico 400-1500mgr/día repartido en dos tomas. Dado sus posibles efectos

adversos de considerarse como fármaco de segunda línea. Puede ser útil en la migraña con aura, en el aura sin cefalea y en crisis frecuentes que no responden a otros tratamientos. Esta en fase de estudio el uso de gabapentina y topiramato.

- AINES:
 - Naproxeno 500-1000 mgr/día.

En general se recomienda su uso en monoterapia por 3-6 meses. Los más usados son los Beta bloqueantes y los Calcioantagonistas. Debe derivarse a la consulta de Neurología para seguimiento.

CEFALEA DE TENSION

Durante el ataque agudo se pueden usar analgésicos de forma similar que en la migraña. Se considera de elección el Naproxeno 500-1000 mgr/día. Debe recomendarse inicio de profilaxis en situaciones de cefalea tensional crónica y en la episódica que obligue a tomar analgésicos durante más de 8 días al mes.

Profilaxis: antidepresivos.

CEFALEA EN RACIMOS

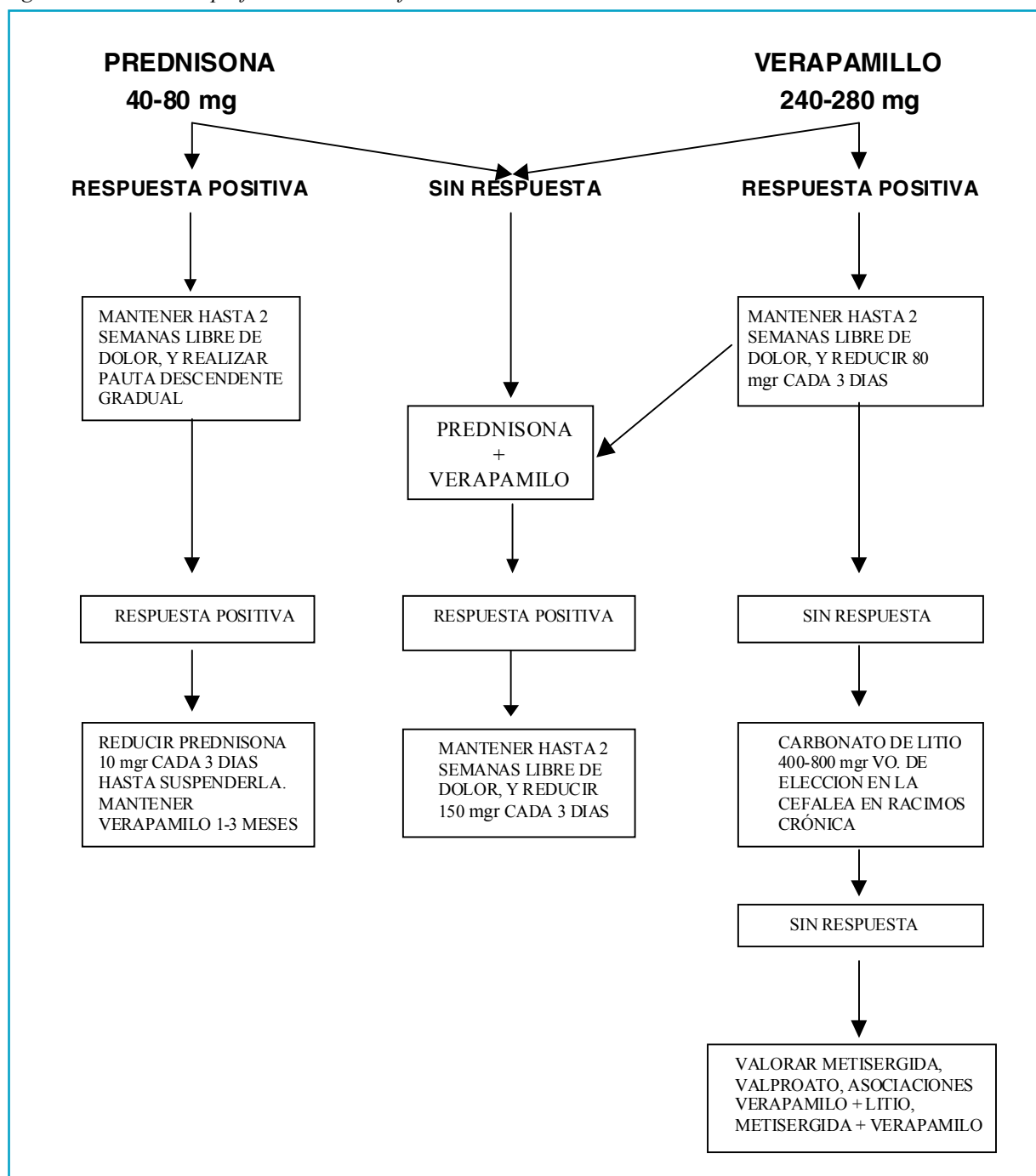
Se recomienda asociar el tratamiento profiláctico con el agudo y remitir vía preferente al neurólogo.

El tratamiento sintomático de la cefalea en racimos en urgencias se basa en: Sumatriptán 6 mg SC y si no hay respuesta poner Oxígeno al 100% durante 15-20 minutos a 7-8 litros; si no hay respuesta: lidocaina intranasal 2% 1cc cada 15-30 min con un máximo de 3 dosis, por el orificio nasal ipsilateral a la cefalea. si no existe respuesta considerar tratamiento con corticoides.

También podemos usar la capsaicina intranasal (cierta eficacia con el efecto 2º típico de irritación de mucosas)

El tratamiento profiláctico consiste en el expuesto en la siguiente figura.

Figura 2. Tratamiento profiláctico de la Cefalea en Racimos



CEFALEA PAROXÍSTICA CRÓNICA

El tratamiento sintomático y profiláctico de elección es la INDOMETACINA 50-250 mgr VO. Una vez diagnosticado se remitirá al neurólogo.

MISCELÁNEA DE CEFALÉAS NO ASOCIADA A LESIÓN ESTRUCTURAL

Si es una cefalea por compresión externa o por frío: evitar los factores desencadenantes y tratar con analgésico común (AAS, paracetamol, metamizol, AINES...)

En el resto (cefalea punzante, idiopática, cefalea benigna de la tos o por ejercicio físico o coito) Indometacina 25-125 mgr/día.

CEFALEA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS

Una vez llegados a este diagnóstico en el área de urgencias, aplicaremos tratamiento sintomático según tipo de cefalea y remitiremos al neurólogo para continuar la supresión del fármaco e inicie un nuevo plan terapéutico.

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO / GLOsofaríngeo

No existe tratamiento para la fase aguda por lo que debe iniciarse tratamiento profiláctico con Carbamacepina en monoterapia, comenzando con dosis de 300 mgr/día y pauta ascendente progresiva hasta 600 mgr/día o dosis efectiva (máximo diario de 1200 mgr/día) y remitir al neurólogo para valorar evaluación y cambios de tratamiento si este falla.

NEURALGIA DEL OCCIPITAL O DE ARNOLD

Como tratamiento de casos leves se usará Naproxeno 500-1000 mgr/día o Indometacina 25-150 mgr/día. Si no cede o el paciente acude a urgencias con dolor muy intenso, es necesario hacer una infiltración local con corticoides y anestésico local, y poniendo de tratamiento base AINE+ Miorrelajante Benzodiacepínico.

ARTERITIS DE LA TEMPORAL

Ante la sospecha diagnóstica iniciar tratamiento en Urgencias con Prednisona 1 mgr/kg/día, y mantener dosis por 3-6 semanas hasta que se resuelva o la VSG sea normal o <40 en la 1ª hora

Si existe complicación neurooftálmica: Metilprednisolona 1 gr/día por 3 días.

Se debe ingresar al paciente para confirmar diagnóstico y planificar tratamiento según evolución.

CEFALEA POSTRAUMÁTICA

Se resuelve con analgésicos habituales (AAS, paracetamol., metamizol...). Si existe exploración neurológica anormal valorar exploraciones complementarias (TAC...). la cronificación requiere el uso de antidepresivos.

CEFALEA POSTPUNCIÓN LUMBAR

Se realizará tratamiento sintomático con Paracetamol o AINE acompañado de reposo horizontal por lo menos 24 horas y administración abundante de líquidos.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

La cefalea aislada rara vez es motivo de ingreso hospitalario; las situaciones en que este debe ser planteado son:

- Estatus Migrañoso de >72 horas: se tratará en Urgencias, y si no se resuelve, valorar ingreso.
- Cefalea crónica diaria refractaria. (Según la intensidad y circunstancias individuales del paciente)
- Cefalea complicada por abuso de analgésicos. (Según la intensidad y circunstancias individuales del paciente)
- Cefalea acompañada de importantes problemas médico-quirúrgicos.
- Cefalea secundaria a enfermedad orgánica intracraneal.
- Arteritis de células gigantes.
- Formas intratables de cefalea en racimos.
- Cefalea que compromete de forma importante la actividad de la vida diaria a nivel socio-laboral o familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- López López A., Pina Latorre M.A., (1998). *Protocolo de derivación de Atención Primaria a Neurología de las cefaleas*. Hospital Obispo Polanco de Teruel.
- Hoffman G.L., (1997). Cefalalgia y dolor facial. En: Tintinalli J.E., Ruiz E., Krome R., directores. *Medicina de urgencias*. 4ª ed. México. McGraw-Hill Interamericana: 1241-1247.
- Portea A., Arumi A.M., Pérez A., (1996). Cefalea. En: Codina A., director. *Tratado de Neurología*. Madrid. ELA: 635-650.
- Sociedad española de neurología, (1996). Grupo de estudio de las cefaleas. Recomendaciones 1997. Ediciones Ergon.
- Pascual J., Berciano J., (1998). Cefalea: historia clínica y exploraciones complementarias. *Medicine*. Serie 7ª; N° 89.
- Pascual J., (1998). Cefaleas. *FMC*. vol 6 N° 3: 130-143.
- Lainez J.M., Monzón M.J., (1998). Cefalea crónica diaria. *Medicine*. Serie 7ª, N° 89.
- Láinez J.M., Monzón M.J., (1995). Sumatriptán en el tratamiento de la migraña. *Rev. Neuro*. 23 suppl 2p S: 166-78.
- Guitera V., Pascual J., (1998). Cefalea tensional. *Medicine*. Serie 7ª, N° 89.
- Emergency department, (1998). Evaluation of Headache. *Neurol. Clin*. 16: 285.
- Perpiña C., (1997). Cefalea y algias craneofaciales. En: Medina J., director. *Manual de urgencias médicas*. Hospital 12 de octubre. 2ª ed. Madrid. Ediciones Díaz-Santos: 175-178.