

Capítulo 19 - CEFALEAS

Jesús Ángel Martínez Burgui, Alfredo López López, Jose Manuel Sanz Asin

CONCEPTO

La cefalea es el síntoma neurológico más frecuente. Se calcula que al menos un 80% de la población general padece cefalea de forma más 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.

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 meníngea 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 Trígémino (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.

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:

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.
- 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, brusca, progresiva, permanente. Horario: matutina, vespertina, nocturna, de hora fija.
- Calidad: pulsátil, terebrante, urente, lancinante, pesadez. Intensidad: leve, intensa, moderada, si le despierta, si le impide trabajar...
- Factores agravantes o desencadenantes: ejercicio, coito, tos, alcohol, menstruación, zona gatillo...
- Situaciones que la modifican: postura, sueño, medicación, falta de remisión con medidas habituales.
- Síntomas asociados: náuseas, vómitos, fono-fotofobia, escoto-

mas, hemianopsia, hemidisestesia, diplopía, 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

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. Diagnóstico 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 necesidad de la realización de pruebas complementarias, como en la cefalea tensional o la migraña. Serán necesarios 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).

Síntomas de alarma y pruebas complementarias:

Síntomas de Alarma	1. Cefalea intensa de inicio agudo en > 40 años
	2. Cefalea explosiva coincidiendo con el esfuerzo
	3. Cefalea progresiva que no mejora con tratamiento
	4. Cambio del patrón habitual
	5. Cefalea con fiebre o meningismo
	6. Cefalea con focalidad neurológica
	7. Cefalea con datos de HTIntracraneal
Analítica sanguínea	Descartar patología sistémica
VSG	Personas mayores de 50 años con sospecha de artritis de la arteria temporal
RX	Sospecha de sinusitis, mastoiditis
TC Cráneo	1. Cefalea intensa de inicio agudo o empeoramiento progresivo
	2. Papiledema
	3. Meningismo
	4. Fiebre, náuseas, vómitos no explicables
	5. Focalidad neurológica
	6. Previo a punción lumbar
	7. Cefaleas resistentes al tratamiento
	8. Cefalea que produce alteraciones psiquiátricas asociadas al dolor intracraneal.
Punción lumbar	1. Sospecha de meningoencefalitis –meningitis
	2. Sospecha de hemorragia subaracnoidea
	3. Pseudotumor cerebri
	4. Contraindicada: si focalidad neurológica, hipertensión intracraneal, papiledema, sin TC previo, hidrocefalia obstructiva, desviación de línea media en TC, lesiones ocupantes de espacio

CLASIFICACIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

MIGRAÑA

Es la mas frecuente de las cefaleas vasculares. Generalmente se inicia en < de 30 años y se caracteriza por: ser hemicraneal, intensa, pulsátil, con sonofobia y fotofobia y se asocia a náuseas y vómitos.

Migraña sin aura

Criterios diagnósticos: Al menos 5 ataques que cumplan los siguientes criterios y el dolor no se atribuye a otra enfermedad:

- La duración de los ataques, sin tratamiento o con mala respuesta, es entre 4-72 horas
- La cefalea cumple 2 de las siguientes características; unilateral, pulsátil, intensidad moderada ó grave, agrava la actividad física.
- Se acompaña de 1 de los siguientes síntomas: fotofobia y fonofobia, náuseas y/o vómitos.

Tratamiento sintomático agudo:

- Los AINES (naproxeno 750-1000 mg, ibuprofeno 800-1200 mg, ketorolaco 20, etc. Evitar la asociación de AINES e intentar el uso individual por respuesta en cada paciente.

- Los triptanes (sumatriptan el 1º y con mas efectos secundarios del mercado, rizatriptan, zolmitriptan, almotriptan, naratriptan, frovatriptan) son el tratamiento precoz si existe alodinia cutánea previo a su desarrollo. Pueden tomarse en la fase de aura.

Están contraindicados: HTA, auras prolongadas, embarazo-lactancia, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular, asociados a ergotaminicos, auras prolongadas, migraña basilar y la hemipléjica.

- Ergoticos: dihidroergotamina, tartrato de ergotamina

Tratamiento preventivo:

Indicado en migrañas incapacitantes, frecuentes, migraña basilar ó hemipléjica, complicaciones acompañantes, etc.

Los fármacos más usados:

1. Betabloqueantes: propanolol, atenolol (de elección si existe HTA, cardiopatía isquémica, etc.), nadolol.
2. Calcioantagonistas: flunarizina
3. Antidepresivos: amitriptilina, mianserina
4. Antiepilépticos: ácido valproico, topiramato.

Migraña con aura

Criterios diagnósticos: Al menos 2 ataques que cumplan los siguientes criterios y el dolor no se atribuye a otra enfermedad:

- El aura consiste en al menos 1 de estos síntomas: sensitivos (hormigeo, pinchazos, acorchamiento), visuales (manchas, escotomas, luces, pérdida de visión), trastorno del lenguaje completamente reversible.

- Cefalea que cumpla los criterios de migraña sin aura.

- Cada síntoma dura > 5 minutos y < de 60 minutos, al menos un síntoma se desarrolla de forma gradual. Los síntomas visuales son homónimos y los sensitivos unilaterales.

Tratamiento indicado: es igual al de la migraña antes indicado.

Síndromes periódicos en la infancia que frecuentemente son precursores de migraña

- 1 Vómitos cíclicos.
- 2 Migraña abdominal.
- 3 Vértigo paroxístico benigno de la infancia.

Migraña retiniana

Migraña probable

CEFALEA DE TIPO TENSIÓN (CT)

Es la más prevalente de las cefaleas, afectando más al sexo femenino y mejora con la edad. En muchas ocasiones se suele asociar a pacientes migrañosos dificultando su diagnóstico.

El dolor es opresivo (como si llevase un casco puesto), moderada intensidad y casi siempre dolor bilateral. Debemos descartar dependiendo de la edad, arteritis de la temporal, alteraciones visuales y cefaleas secundarias

El tratamiento indicado, además de tranquilizar al paciente y evitar las causas desencadenantes, son los analgésicos (AINES, paracetamol).

El tratamiento ante episodios de mala respuesta o cronificados es el tratamiento preventivo con amitriptilina. Pudiendo utilizar otros muchos fármacos.

CT episódica infrecuente

< de 12 episodios año.

CT episódica frecuente

< 15 días /mes durante mas de 3 meses.

CT crónica

Frecuencia de > 15 días/ mes durante 3 meses.

CT probable**CEFALEA EN RACIMOS Y OTRAS CEFALALGIAS TRIGÉMINO-AUTÓNOMICAS**

Cefalea más frecuente en varones, suele tener factores desencadenantes (alcohol, nitratos, falta de sueño), siendo esta crisis de dolor periorbitario, lagrimeo, ojo rojo, instauración gradual y remisión gradual, puede acompañarse de sudoración, bradicardia, en mas del 75% de los pacientes dura 1 ó 2 meses pero también puede ser crónica desde el inicio ó cronificarse.

Criterios diagnósticos: al menos deben de desarrollar 5 ataques no atribuibles a otro trastorno y que cumplan:

- Dolor intenso, región orbitaria, unilateral y que sin tratamiento dura hasta 2 horas.

- Se acompaña al menos de un síntoma: inyección conjuntival, lagrimeo ó congestión nasal ó rinorrea, edema palpebral ipsilateral, miosis o ptosis ipsilateral, sudoración facial, sensación de inquietud ó agitación.

Tratamiento sintomático:

- Oxigenoterapia durante 15-20 min.
- Triptan: sumatriptan, zolmitriptan.
- Ergotaminicos: ergotamina 2 mg sl.
- Preventivo: prednisona junto con al verapamilo manteniendo el tratamiento durante 3 meses con pautas descendentes.

Cefalea en racimos

1 Cefalea en racimos episódica.

2 Cefalea en racimos crónica. El tratamiento indicado: carbonato de litio (300 mg/8 horas), topiramato (50-300 mg/día), ácido valproico 500-2000/día) y pueden usarse de forma conjunta al verapamilo.

Hemicránea paroxística

Los ataques son similares a la cefalea en racimos pero de más corta duración (2-30 min), mas frecuentes hasta 5 al día, sin agitación y más frecuente en mujeres jóvenes. Son frecuentes los ataques crónicos.

El tratamiento indicado por su efectividad es la Indometacina

SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and *Tearing*). Cefalea periorbitaria recurrente que se acompaña de síntomas autonómicos (lagrimeo, ojo rojo) y duración menor a 5 minutos. No existe tratamiento de elección y el Verapamilo lo empeora.

Cefalalgia trigémico-autonómica probable

Localización periocular y acompañado de síntomas autonómicos. Con el diagnóstico probable siempre está indicado un TC en urgencias y descartar lesiones estructurales, oftálmicas (glaucoma, etc), Otorrino (sinusitis, etc), dentarias, neuritis y neuropatías

OTRAS CEFALÉAS PRIMARIAS

Cefalea punzante primaria

Ataque de dolor tipo punzada. Localización en la rama oftálmica del trigémino, duración < de 3 seg y en salvas. Puede tratarse con indometacina.

Cefalea tusígena primaria

Más frecuente en varones. Es obligatorio descartar malformaciones o lesiones estructurales. Desencadenada por las maniobras de valsalva. Duración < de 30 min.

Cefalea por ejercicio primaria

Más frecuente en varones jóvenes. Bilateral, pulsátil, aparece durante o después del ejercicio. Duración de 5 min a 48 horas. Siempre descarta otras patologías como HSA. El tratamiento indicado es la indometacina.

Cefalea asociada a la actividad sexual primaria

Más frecuente en varones y generalmente migrañosos y suele durar al menos 3 horas. Buena respuesta a la indometacina o triptan.

Cefalea hípica

Cefalea en estallido (thunderclap) primaria

Hemicránea continua

Cefalea crónica desde el inicio

CEFALEA ATRIBUIDA A TRAUMATISMO CRANEAL, CERVICAL O AMBOS. Revisión en el tema de traumatismo craneal.

Cefalea post-traumática aguda

Cefalea post-traumática crónica

Cefalea aguda atribuida a latigazo

Cefalea crónica atribuida a latigazo

Cefalea atribuida a hematoma intracraneal traumático

CEFALEA ATRIBUIDA A TRASTORNO VASCULAR CRANEAL O CERVICAL

Cefaleas atribuibles a ictus isquémicos ó hemorrágicos, trombo-sis venosa cerebral, etc.

Arteritis de la temporal: patología, generalmente, mayores de 55 años, puede estar asociada o no a polimialgia reumática. Suele ser hemi-craneal, intensa, frontotemporal. Pudiendo palpase una arteria temporal engrosada. En el casi 100% de los apaciente existe una VSG > de 50.

El tratamiento se realiza con corticoides.

CEFALEA ATRIBUIDA A TRASTORNO INTRACRANEAL NO VASCULAR

Tumores, lesiones ocupantes de espacio, síndrome de hipertensión intracraneal, pseudo tumor cerebri, etc.

CEFALEA ATRIBUIDA A UNA SUSTANCIA O A SU SUPRESIÓN

Consumo de una gran cantidad de alimentos, drogas (alcohol, co-caína, etc), fármacos (nitratos, calcioantagonistas, etc) tiene capacidad de iniciar ó agravar una cefalea. Generalmente el paciente padece una cefalea primaria previa.

CEFALEA ATRIBUIDA A INFECCIÓN

Meningitis, encefalitis, absceso, empiema subdural son causantes de cefalea.

CEFALEA ATRIBUIDA A TRASTORNO DE LA HOMEOSTASIS.

Es frecuente la aparición de cefalea secundaria a hipoxia, hiper-

capnia, síndrome de apnea sueño, secundaria a HTA, en embarazadas asociadas a eclampsia o pre-eclampsia, isquemia miocárdica aguda alteraciones de la glucemia ó el tiroides, etc.

CEFALEA O DOLOR FACIAL

Atribuido a trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales...

Son muchas las causas de esta localización que producen cefalea: sinusitis, flemón dentario, artropatía temporo-mandibular, ojo rojo doloroso (glaucoma, uveítis, etc), cervicalgias, etc.

CEFALEA ATRIBUIDA A TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

Atribuible a trastorno de somatización ó psicótico.

NEURALGIAS CRANEALES Y CAUSAS CENTRALES DE DOLOR FACIAL.

Neuralgias del trigémino, facial, glossofaríngeo, etc. (VER CAPITULO ESPECÍFICO EN ESTE MANUAL)

OTROS TIPOS DE CEFALEA, NEURALGIA CRANEAL Y DOLOR FACIAL CENTRAL O PRIMARIO.

Cefalea no clasificada en otra parte. Cefalea no especificada

BIBLIOGRAFÍA

- Clasificación Internacional de las Cefaleas, 2 Edición. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl. 1): 1-160.
- Emergency department, 1998. Evaluation of Headache. *Neurol. Clin.* 16: 285.
- López López A., Pina Latorre M.A., 1998. *Protocolo de derivación de Atención Primaria a Neurología de las cefaleas*. Hospital Obispo Polanco de Teruel.
- Martínez Burgui C, López López A, Martínez Burgui JA, et al. Cefalea. Tema 16. *Manual de Urgencias. Actitud ante un paciente en los servicios de Urgencias*. DL: Z-3066-2000.
- Núñez Enamorado N, Ibero Esparza C., 2009. Cefalea y algias craneofaciales. En: Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI, et al., dir. *Manual de diagnóstico y terapéutica médica*. Hospital 12 de Octubre. 6ª ed. Madrid. 969-982.

