

Diagnóstico y Manejo de la Cefalea Primaria en el Adulto

Dra. Marcela Barra G.

I N T R O D U C C I O N

La cefalea es un síntoma de presentación muy frecuente. Es casi imposible que un individuo, a lo largo de su vida, nunca la presente. Esto es debido a que el síntoma puede ser secundario, dentro del contexto de otra enfermedad, sea sistémica (*fiebre, hepatitis, etc.*) o local (*tumor, hemorragia subaracnoídea, etc.*), o más específicamente primario, es decir, una enfermedad en sí misma. En ese sentido, la cefalea representa un desafío que algunas veces no es fácil de resolver, más aun si se trata de un escenario clínico de urgencia. De este modo, pese a que sólo un 2% de los pacientes presentan una causa orgánica, en muchos casos la duda diagnóstica supera ampliamente ese margen, lo que genera no sólo ansiedad en el paciente, sino también en el médico.

O B J E T I V O S

- Revisar las principales causas de cefalea (*tanto primarias como secundarias*).
- Enfocar nuestra discusión en las cefaleas primarias, y su enfrentamiento general, así como una orientación en la toma de decisiones que evite intervenciones de alto costo, y no siempre necesarias.

C O M E N T A R I O

Una de las consideraciones importantes al momento de evaluar pacientes con cefalea son los aspectos subjetivos del síntoma, asociaciones, miedos y el estado psico-emocional. No olvidemos que un síntoma de presentación de la depresión puede ser una cefalea crónica.



Médico Cirujano.

Residente de 2° año de Medicina Familiar del Adulto,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

C L A S I F I C A C I O N

La clasificación internacional de las cefaleas es bastante simple y fácil de recordar, ya que las clasifica en Primarias (*la cefalea es la enfermedad*) y Secundarias (*donde es un síntoma de otro cuadro clínico*).

Primarias

- 1.-Tensional
- 2.-Migrañas (*con o sin aura*)
- 3.-Cefalea «Cluster» y hemicránea crónica paroxística.
- 4.-Misceláneas (*no asociadas a lesión estructural*): en relación con ejercicio físico, actividad sexual, tos.

Secundarias

- 1.- **Causas vasculares:** fiebre, hipertensión, hipotensión, hipoxia, hipercapnia, EPOC, Síndrome apnea del sueño, anemia, accidente vascular cerebral.
- 2.- **Endocrinas:** hipoglicemia, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, carcinoide, Síndrome premenstrual.
- 3.- **Drogas:** nitratos, efedrina, antagonistas del calcio, bloqueadores receptores H2, diclofenaco, nitrofurantoina, anticonceptivos orales, aspartame, monóxido de carbono, insecticidas, plomo, benceno.
- 4.- **Intracraneales:** tumor, aneurismas, malformaciones arteriovenosas, hematoma subdural, encefalitis, abscesos, pseudotumor cerebral, post-traumática.
- 5.- **Meningeas:** Infección: bacteriana, viral, tuberculosa, micótica. Hemorragia subaracnoidea.
- 6.- **Cabeza y cuello:**
 - Senos paranasales
 - Oídos
 - Ojos: inflamación, trauma, aumento de presión intraocular, alteración de la refracción
 - Dientes, disfunción articulación temporomandibular
 - Columna cervical: ligamentos, músculos, trauma, espondilosis cervical, espondilitis anquilosante
 - Neuralgia: post-herpética, del trigémino, glossofaríngea
 - Arteritis de la temporal
- 7.- **Trastornos psiquiátricos:** depresión

C E F A L E A T E N S I O N A L

Es la más frecuente. Se presenta en forma episódica o crónica (*más de 15 días al mes con cefalea*). El paciente la refiere como sensación de presión, «pesadez» en la cabeza que se puede asociar a dolor o síntomas de la zona cervical. Suele ser bilateral y de predominio vespertino.

Las exacerbaciones habitualmente se relacionan con períodos de mayor estrés o tensión emocional, por ello que en cuadros crónicos se deben buscar trastornos depresivos y/o ansiosos.

En el examen físico se presenta a menudo dolor a la palpación de zonas musculares de cuello, hombro y dorso.

Tratamiento

En la mitad de los pacientes aproximadamente son efectivos los anti-inflamatorios no esteroideos (*Ketoprofeno, Ketorolaco, Ibuprofeno o paracetamol*). El uso concomitante de relajantes musculares no ha demostrado ser de gran utilidad, aunque en la práctica pueden ser beneficiosos (*lo que sí se debe evitar es el uso de tranquilizantes*).

Cuando el cuadro evoluciona en forma crónica, se puede plantear tratamiento profiláctico con Amitriptilina (*12,5-25mg*) o inhibidores de recapturación de serotonina como fluoxetina (*20mg*) por 4 a 6 meses.

M I G R A Ñ A

Se refiere a una cefalea periódica, ya sea hemicránea u holocránea, pulsátil u opresiva, asociada a náuseas y, con cierta frecuencia, a vómitos. También es frecuente la fotofobia, fonofobia, sensibilidad de cuero cabelludo y visión borrosa entre otros.

Las crisis de dolor pueden ser desencadenadas por falta de sueño, estrés, fatiga, ayuno, comidas (quesos, chocolates, alcohol, período premenstrual, etc.). No es una entidad clínica simple, tiene 2 variantes mayores (que serán mencionadas más adelante), es una cefalea compleja, multifactorial, cuyo mecanismo es aún escasamente conocido. Es 3 veces más prevalente en mujeres, y afecta predominantemente a adultos jóvenes, aunque el primer episodio puede ocurrir a cualquier edad, el máximo de la incidencia está entre 25 y 34 años, disminuyendo desde los 45 años, aproximadamente.

Patogénesis de la migraña:**I.- Hipótesis Vascular:**

La fase de dolor de la migraña es causada por vasodilatación extracraneal y los síntomas neurológicos son producidos por vasoconstricción intracraneal. De este modo, la vasoconstricción intracraneal es responsable del aura de la migraña y el dolor resulta de la dilatación y distensión de vasos extracraneales.

Evidencia:

- Incremento de pulsaciones de arteria temporal superficial durante la migraña.

- Alivio de dolor con compresión física de arteria temporal durante la migraña.
- Drogas vasoactivas proporcionan efectiva terapia.
- Descenso de velocidad sanguínea, en la arteria cerebral media, durante la migraña.

II.- Hipótesis Neural:

La causa primaria es disfunción neuronal. El desorden primario implica un umbral cerebral bajo para ataque de migraña, que ocurre cuando factores precipitantes, individual o colectivamente, exceden este umbral. Los cambios vasculares pueden ser importantes en la producción de ciertos síntomas, especialmente dolor, pero son secundarios al mecanismo neural.

Evidencia:

- Diversos síntomas premonitorios (*prodromos de migraña*).
- Síntomas visuales y sensoriales de migraña con aura.
- Localización unilateral de la migraña.
- Capacidad de factores dietéticos hormonales, sensoriales y psicológicos de precipitar un ataque.

Tipos de migraña:

Migraña clásica (con aura): Corresponde a la que es precedida por síntomas premonitorios visuales (*escotomas, fotopsias, luces de colores, zig-zag, hemianopsias, alteraciones en la forma de los objetos*), sensitivos o motores. Se presentan en un 30% de las Migrañas.

Migraña común (sin aura): Es la que se presenta con mayor frecuencia y con mayor frecuencia se pueden encontrar factores desencadenantes.

Equivalentes migrañosos: Se producen síntomas neurológicos focales, pero no se produce cefalea. Es decir solo el aura, pudiendo confundirse con crisis isquémicas transitorias.

Migraña basilar: Con síntomas como vértigo, disartria, diplopia y excepcionalmente compromiso de conciencia.

Manejo de las crisis de migraña:

- a) **AINE (endovenosa u oral):**
- Ketorolaco
 - Ibuprofeno
 - Ketoprofeno

b) **Ergotamínicos:**

Teniendo en consideración que la mayor efectividad se obtiene cuando se utiliza en forma precoz y que su uso diario puede producir cefalea por privación, se recomienda no usar más de 2 comprimidos por crisis y no más de 2 veces por semana. Se debe tener precaución con las migrañas complicadas, con síntomas neurológicos, ya que pueden prolongar por más tiempo la sintomatología neurológica y agravar el cuadro.

c) **Sumatriptan:**

Agonista serotoninérgico. Se recomienda usar 6mg (*subcutánea*) si no responde, repetir en 1 hora 6 mg más (*dosis máxima de 12 mg en 24 hrs.*). Para la vía oral se recomienda un comprimido de 100 mg, que se puede repetir a la hora.

Está contraindicada en pacientes con cardiopatía coronaria, migraña basilar o hemipléjica. No debe mezclarse con ergotamínicos.

d) **Corticoides:**

Se pueden usar en cuadros de mayor tiempo de evolución, como el «status jaquecoso» (*cuando la migraña dura más de tres días*) en forma endovenosa u oral. Una asociación frecuente es el cidoten (4 mg.), más el ketorolaco, acompañado o no de metoclopramida (10 mg.), vía endovenosa.

Manejo profiláctico de la migraña:

Se indica cuando se presentan más de cuatro episodios al mes. Los fármacos más utilizados son la flunarizina (5-10 mg al día), amitriptilina (12,5-25 mg/día, hasta 50mg/día.), y propranolol (20 - 40 mg/ cada 12 hrs., hasta 160 mg/día) entre otros. El tratamiento se debe prolongar por 4 a 6 meses.

CEFALEA «CLUSTER» Y HEMICRANEA CRONICA PAROXISTICA

La cefalea «Cluster», más frecuente, se presenta en varios episodios, seguidos de dolor periorbital, siempre al mismo lado (*ocasionalmente temporal*), de 15 minutos a 2 horas, diariamente por 4 a 8 semanas. Posteriormente cede y no se vuelve a repetir en meses o años. En el 50 % de los pacientes el dolor ocurre también en la noche. Se puede asociar a congestión nasal, inyección conjuntival, rinorrea, náuseas, vómitos y hasta un Síndrome de Horner. Todos estos signos y síntomas son ipsilaterales al dolor periorbitario. Un 10% puede presentar una variedad crónica, sin remisiones, y es más frecuente en hombres (5/1) entre los 20-50 años de edad. En el 70% de pacientes el alcohol puede desencadenar ataques.

Manejo de Cefalea Cluster:

La terapia abortiva es menos efectiva dado el perfil de presentación y duración de la cefalea. Pueden resultar efectivos para la crisis, el sumatriptan inyectable y el oxígeno al 100% a 7 litros por minutos.

Manejo profiláctico:

Tiene mejor rendimiento, usualmente con prednisona 60 mgs/día, por 7 -14 días (*el Acido Valproico es una alternativa*).

En los pacientes en que las crisis tienden a repetirse en un mismo horario, pueden ser útiles los ergotamínicos en forma preventiva, 1 hora antes o al acostarse, si las crisis son durante el sueño.

E N R E S U M E N (f i g . 1) :

En la Hemicránea paroxística, las crisis de dolor se repiten más de 10 veces al día, por meses y años; duran sólo 10-15 minutos y ceden con Indometacina (100 mg/día). Puede acompañarse de síntomas autonómicos igual que la cefalea «cluster».

La historia es una herramienta de gran utilidad en el diagnóstico, por lo que algunos datos anamnésticos son siempre de valor, considerando que se deben correlacionar con el examen físico, y que las presentaciones no habituales de la enfermedad son siempre posibles.

Edad de comienzo:

A menudo antes de la mediana edad comienzan las cefaleas de carácter benigno, por otro lado, causas orgánicas de cefalea ocurren frecuentemente en mayores de 35 años.

Duración del dolor:

Comienzo súbito: hemorragia subaracnoidea o meningitis. Varios años de evolución: migraña, cefalea tensional. Desarrollo reciente, varios días, semanas o meses: nuevo ataque de migraña o cefalea tensional, a veces hematoma subdural crónico, hipertensión endocraneana (HTEC), arteritis de la temporal.

Frecuencia y duración de cada cefalea.

Es episódico en la migraña y Cluster.

Localización:

Difusa y bilateral: cefalea tensional

Unilateral: migraña (algunas veces bilateral), Cluster.

Tiempo de inicio:

Interrumpe sueño : Cluster y orgánicas.

Síntomas asociados:

Buscar síntomas gastrointestinales, fotofobia o síntomas neurológicos.

Presencia de síntomas de enfermedad sistémica: arteritis temporal o infección.

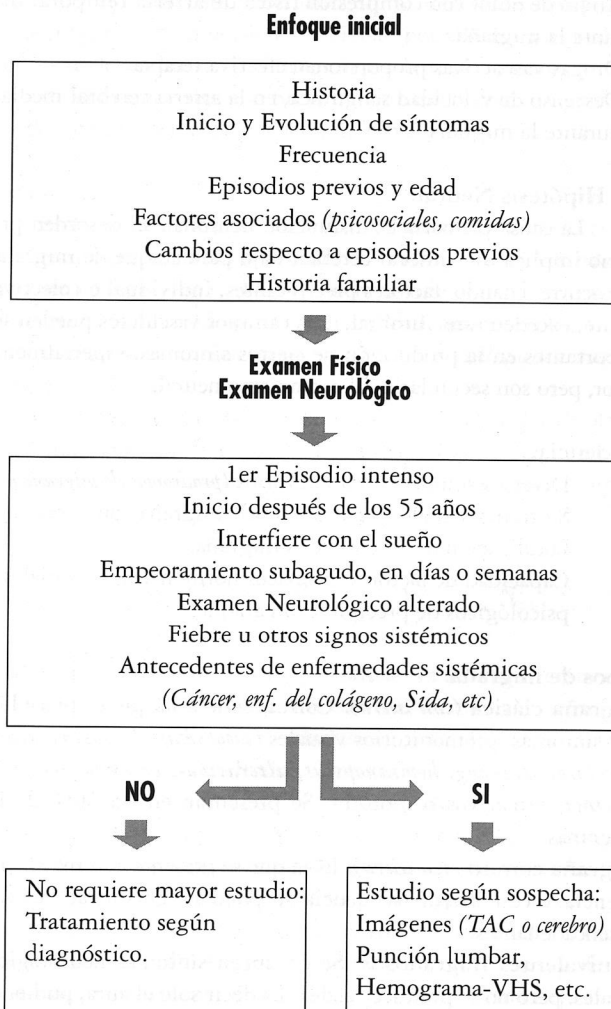


Fig.1 Flujograma del diagnóstico y manejo de la cefalea en el adulto

Bibliografía

- 1) Poblete F, Court J. Cefalea. Manual de Medicina Ambulatoria P.U.C. 1998. En edición.
- 2) Gerardi M. Headache: benign or deadly? 1998 ACEP Scientific Assembly. 1-43. 1998.
- 3) Pryse-Phillips W. et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. CMAJ. 156 (9):1273-1287. 1997.
- 4) Adler S., Lam M. A pocket manual of differential diagnosis. 3ª Edic. 1994.
- 5) Goadsby PJ, Olesen J. Diagnosis and management of migraine. BMJ 1996;312:1279-83.