

CEFALEAS

Dra. María Catalá Meri

Médica adjunta del Servicio de Urgencias. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

La cefalea es una sensación dolorosa, de intensidad variable localizada en la bóveda craneal, parte alta del cuello y mitad superior de la cara (frente), mientras que la que se percibe en la mitad inferior se denomina algia facial. Muchas de estas cefaleas se originan por alteración de estructuras extracraneales, como senos paranasales, arterias extracraneales (ej., Arteritis de la arteria temporal), ojos, dientes, vértebras cervicales, etc. Una parte corresponde a las cefaleas primarias, en las que no se puede identificar lesión que la justifique.

La cefalea es una de los motivos de consulta más habituales en las consultas tanto de Atención Primaria como de Neurología, puesto que se estima que hasta un 40 por ciento de la población mundial padece una cefalea intensa al menos una vez al año. Además es una de las causas más importantes de absentismo laboral y de consumo de analgésicos. Suele ser un síntoma benigno, pero un 5% de los pacientes con cefalea padece un proceso subyacente grave; de ahí la importancia de distinguir los casos benignos de aquellos que no lo son.

EPIDEMIOLOGIA

Tradicionalmente los estudios epidemiológicos sobre cefaleas se han visto dificultados por la gran disparidad de clasificaciones y de criterios diagnósticos que se utilizaban para realizar éstos. A partir de 1988, la International Headache Society (IHS) publica una clasificación que unifica criterios y facilita la labor investigadora, posibilitando la generalización de resultados hasta entonces imposible de realizar.

Se han realizado distintos estudios de prevalencia en países de nuestro entorno utilizando cuestionarios y entrevistas a población general con resultados similares: la prevalencia a lo largo de la vida de la migraña se sitúa en un 16 por ciento y en el año previo del 10 por ciento; es más frecuente la migraña sin aura (9 por ciento) siendo más prevalente en mujeres 1:7 mientras que la migraña con aura se presenta en el 6 por ciento y el ratio hombre: mujer es de 1:2. La prevalencia a lo largo de la vida de la cefalea de tensión episódica es del 78 por ciento con un ratio 4:5.

La prevalencia de la cefalea de tensión decrece con la edad, mientras que en la migraña no hay correlación con la edad. La edad de comienzo de la migraña se sitúa en la segunda, tercera década mientras que la cefalea lo hace principalmente en la segunda. La cefalea de tensión crónica tiene una prevalencia del 3 por ciento.

CLASIFICACIÓN

Hasta 1988 no se creó por parte de un comité de expertos una clasificación que permitiera aunar conceptos, evitando la disparidad de criterios que hasta entonces entorpecían la correcta interpretación de los resultados de los trabajos de investigación. Con todas sus limitaciones, la clasificación propuesta por la IHS en 1988 es en la actualidad universalmente aceptada.

PRIMARIAS	
Migrañas	<ul style="list-style-type: none"> • Migrañas sin aura • Migrañas con aura
Cefalea tensional	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea tensional de baja frecuencia • Cefalea tensional de alta frecuencia • Cefalea tensional crónica
Cefaleas en racimos y otras cefaleas trigémico-autonómicas, incluyendo:	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea en racimos
Otras cefaleas primarias	
SECUNDARIAS	
Dolor de cabeza atribuido a traumatismos de cabeza o cuello:	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas agudas crónicas y post-traumáticas
Dolor de cabeza atribuido a enfermedades vasculares:	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea atribuida a hemorragia subaracnoidea • Cefalea atribuida a arteritis de células gigantes
Cefaleas atribuidas a trastornos intracraneales no vasculares, entre ellas:	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza atribuido a hipertensión intracraneal idiopática • Cefalea atribuida a neoplasma intracraneal
Dolor de cabeza atribuido a una sustancia determinada o a su carencia o retirada:	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea inducida por monóxido de carbono • Cefalea inducida por el alcohol • Cefalea inducida por el abuso de medicamentos • Cefalea provocada por el abuso de ergotamina • Cefalea inducida por el abuso de triptanes • Cefalea inducida por el abuso de analgésicos
Cefaleas atribuidas a infecciones como, por ejemplo:	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea asociada a infección intracraneal
Cefalea asociada a trastornos de la homeostasis	
Cefaleas o dolores faciales por trastornos del cráneo, cuello, oídos, nariz o senos nasales, dientes, boca u otras estructuras faciales como, por ejemplo:	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza cervicogénico • Dolor de cabeza atribuido a un glaucoma agudo
Cefaleas atribuidas a trastornos psiquiátricos	

NEURALGIAS Y OTRAS CEFALÉAS

Neuralgias craneales, dolores faciales centrales o primarios, otras cefaleas.

• Neuralgia trigeminal

Otras cefaleas, neuralgias crónicas y dolores faciales centrales o primarios

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS

El primer paso de una buena anamnesis es escuchar al paciente, permitiendo que éste describa el episodio de cefalea y sus características. Es importante determinar cuántos tipos de cefalea reconoce el paciente, puesto que no es infrecuente con en un mismo paciente coexistan cefalea de tensión y migraña.

- **Antecedentes familiares:** en los pacientes migrañosos es frecuente la existencia de otros miembros de la familia afectados, aunque no se ha demostrado que intervengan factores hereditarios.
- **Antecedentes personales:** se debe investigar la presencia de enfermedades (neuropatías, cardiopatías...), traumatismos previos que pudieran ser la causa de la cefalea.
- **Hábitos tóxicos:** alcohol, tabaco, otras drogas...
- **Consumo de fármacos:** muchos fármacos pueden causar cefalea, por ejemplo, nitritos, anticonceptivos orales, calcio-antagonistas...
- **Frecuencia de la cefalea:** la cefalea de tensión suele presentarse de forma episódica o crónica, mientras que son típicamente episódicas la migraña o la cefalea en racimos. Las cefaleas secundarias (por procesos expansivos o hipertensión intracraneal) suelen ser progresivas en intensidad. Cualquier aumento o modificación en la frecuencia nos obliga a revisar el diagnóstico y las pautas de tratamiento, y en el caso de la migraña o de la cefalea de tensión, a analizar la posible evolución a cefalea crónica diaria.
- **Intensidad de la cefalea:** este aspecto es difícil de cuantificar, puesto que los pacientes tienen distinta tolerancia al dolor, pero es importante preguntar si es incapacitante, puesto que la cefalea de tensión suele ser bien tolerada y permite realizar las actividades habituales y no interrumpe el sueño, mientras que las crisis de migraña y de cefalea en racimos son más intensas e incapacitantes, estando el paciente asintomático entre crisis. La aparición brusca de una cefalea de gran intensidad en un paciente sin antecedentes nos debe hacer pensar en una hemorragia subaracnoidea, infección meningea o hematoma cerebral. Asimismo, el aumento progresivo de la intensidad de la cefalea, obliga a descartar una lesión cerebral (tumor, hematoma, hipertensión intracraneal).
- **Duración del episodio:** se debe precisar si es de segundos (neuralgia), minutos a horas (cefalea en racimos), varias horas a 1-2 días (migraña) o varios días (cefalea de tensión). En el caso de una cefalea que se prolonga semanas y de intensidad creciente, hay que pensar en un proceso intracraneal.
- **Instauración de la cefalea:** el comienzo súbito es típico de la hemorragia subaracnoidea, el agudo de la migraña y el paulatino de la cefalea de tensión.
- **Localización del dolor:** la cefalea de tensión suele tener una localización difusa y casi siempre bilateral. La migraña suele ser unilateral (aunque en un 30 por ciento de casos es bilateral) y la cefalea en racimos es siempre unilateral. Ante cefaleas muy localizadas se deben excluir causas no neurológicas (glaucoma, sinusitis, disfunción de la articulación témporo-mandibular...).
- **Calidad del dolor:** es de las características más difíciles de definir, no obstante, la cefalea de tensión suele ser de carácter opresivo, mientras que la migraña es pulsátil y en la de racimos es profundo e intenso. En cualquier caso es importante investigar si las características cambian en distintas crisis, para poder identificar distintos tipos de cefalea.
- **Factores modificadores del dolor:** la cefalea de tensión suele desencadenarse o agravarse con relación a ansiedad, depresión, conflictos vitales. En el caso de la migraña, suelen desencadenarla menstruación, anticonceptivos orales, cambios meteorológicos, alimentos... El agravamiento con las maniobras de Valsalva y al acostarse nos obliga a descartar hipertensión intracraneal y malformaciones de la unión cráneo-cervical. El alivio de la cefalea con el sueño nos orienta a una cefalea primaria. Las cefaleas que aparecen o se agravan con los esfuerzos, precisan una valoración muy cuidadosa, y estudio de neuroimagen, ya que globalmente casi un 50 por ciento de estos pacientes serán portadores de una patología intracraneal.
- **Síntomas asociados:** náuseas, vómitos, sono o fotofobia son síntomas asociados a la migraña y excepcionalmente a la cefalea de tensión. La presencia de otros síntomas (fiebre, artralgias, lagrimeo, etc.) obliga a descartar causas secundarias de cefalea. La presencia de síntomas neurológicos prolongados obliga a descartar lesiones intracraneales.
- **Consumo de analgésicos y otros fármacos:** es importante conocer cuántos y qué tratamiento ha seguido para tratar su cefalea, para poder reconocer la cefalea por abuso de analgésicos, así como si ha realizado algún tratamiento profiláctico.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Inspección:** estado general del paciente, estado de piel y mucosas (descartar anemia), descartando lesiones cutáneas como neurofibromas o angiomas.
- **Presión arterial,** descartando la hipertensión arterial como causa de cefalea.
- **Auscultación cardiaca (descartar soplos) y craneal,** ya que la existencia de un soplo obliga a descartar malformación arterio-venosa.
- **Otras exploraciones:** se realizaran aquellas que creamos oportuno. En cualquier caso es conveniente no olvidar:
 - Exploración de la articulación temporo-mandibular.

- Percusión de senos paranasales.
- Palpación de arterias temporales en pacientes mayores de 60 años.
- **Exploración neurológica:** Debe realizarse de manera sistemática y ordenada, evaluando los siguientes aspectos:
 - **Conciencia y estado mental:** se realiza mientras realizamos la entrevista y la anamnesis al paciente, evaluando orientación, lenguaje, memoria, etc. El estado del nivel de conciencia tiene más interés al valorar las cefaleas de instauración brusca y con indicios de gravedad.
 - **Pares craneales:** se deben explorar especialmente los relacionados con la visión, realizando campimetría por confrontación, ptosis, miosis (cefalea en racimos) o midriasis (signo indirecto de aneurisma de la arteria comunicante posterior) y oftalmoplejias (lesiones del III o IV par). Además se deben explorar el territorio de la lengua y del velo del paladar para descartar alteración de los pares bulbares (IX, X, XI).
 - **Fondo de ojo:** es una exploración absolutamente obligada en el estudio de una cefalea. La presencia de un fondo de ojo normal, prácticamente descarta la existencia de una alteración endocraneal, mientras que la existencia de papiledema sugiere hipertensión endocraneal y por tanto estudio inmediato.
 - **Signos de irritación meníngea:** deben realizarse en toda cefalea de instauración brusca y si la cefalea se asocia a fiebre o deterioro del estado de conciencia.
 - **Signos de déficit neurológico focal:** en ocasiones son ligeros o aislados, pero deben buscarse porque su presencia es signo de alteración orgánica cerebral.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

En la mayoría de las ocasiones, los datos de la anamnesis y una exploración neurológica normal, incluyendo fondo de ojo serán suficientes para poder catalogar la cefalea como primaria, no precisando exploraciones complementarias. Los estudios complementarios que se pueden realizar y sus indicaciones son:

- **Analítica de sangre:** Generalmente no es de utilidad en el estudio de una cefalea, pero hay ocasiones en que nos puede ayudar al diagnóstico de procesos que cursan con cefalea.
- **Punción lumbar:** En el caso de realizar una punción lumbar, ésta debe precederse de alguna prueba de neuroimagen (CT o RMN), excepto en casos de alta sospecha de meningitis aguda sin lesiones focales. Las indicaciones de la punción lumbar serían: cefalea con fiebre u otros síntomas o signos que sugieran causa infecciosa, una cefalea subaguda o progresiva (ej. en pacientes VIH o con carcinoma) y una cefalea crónica atípica.
- **Pruebas de neuroimagen:**
 - La prueba que elegiremos en primer lugar es la **Tomografía Axial Computerizada (TAC)** y sus indicaciones son:
 - Cefalea de novo en paciente > 65 años.
 - Cefalea intensa de inicio agudo, o empeoramiento.
 - Cefaleas subagudas que aumentan en frecuencia o intensidad.
 - Cefalea crónica diaria.
 - Unilateralidad estricta.
 - Cefaleas que no responden al tratamiento.
 - Cefalea de reciente aparición en pacientes con cáncer o VIH positivos.
 - Cefaleas asociadas a fiebre, náuseas o vómitos.
 - Cefalea distinta a la migraña con aura que se asocia a focalidad neurológica.
 - Cefaleas asociadas a papiledema, deterioro cognitivo o cambios en la personalidad.
 - Aunque hay situaciones en que la **Resonancia Magnética Nuclear (RMN)** es más sensible: detección de lesiones en la fosa posterior y cervicomedulares, isquemia, alteraciones de la sustancia blanca, trombosis venosa cerebral, hematoma subdural y epidural, afecciones meníngeas, cerebritis y absceso cerebral.
 - La **radiología simple** de cráneo, la radiología de senos paranasales o de columna cervical, sólo estarían indicadas si se sospechan alteraciones a dicho nivel. Los signos degenerativos a nivel de columna cervical son muy frecuentes con la edad, y su hallazgo no justifica detener el estudio.

TRATAMIENTO

MIGRAÑA AGUDA O JAQUECA

Es un tipo de cefalea vascular que se presenta en forma recurrente, puede estar precedida de síntomas como fotofobia, del olfato, etc. Se acompañan con frecuencia de náuseas y vómitos. La migraña es producida por inflamación de los vasos sanguíneos de la duramadre, la inflamación resulta de las salidas de neuropéptidos, los que van a producir intensa vasodilatación y extravasación hacia las paredes de los vasos distendidos con transmisión del dolor vía ganglio trigémino.

Afecta al 10-15% de la población y es más frecuente en la mujer. Un 70% de los pacientes tiene historia familiar. En los varones tiende a comenzar en la infancia y en las mujeres con la menarquía. La frecuencia disminuye con los años.

Los ataques pueden desencadenarse por múltiples factores, como ciertos alimentos ricos en tiramina (quesos curados, plátanos maduros, cacahuetes...), otros con cafeína y feniletilamina (chocolate, café, cola, té), glutamato monosódico y nitrito sódico de muchos productos alimentarios, factores ambientales (luces brillantes, olores intensos), aumento de las horas de sueño (cefalea de fin de semana) y factores psicológicos como el estrés o la relajación después del estrés. Existen dos variantes principales:

- **Migraña Sin Aura (Migraña Común):**
 - Es más frecuente que la migraña clásica (4:1).
 - A diferencia de la clásica no está precedida por "aura" focal neurológica.
- **Migraña Con Aura (Migraña Clásica):**
 - Aparecen diversos síntomas neurológicos reversibles conocidos como "aura", 15 a 60 minutos antes de la cefalea, como escotomas, visión tunelizada, hemianopsia, fotopsias, teicopsias, micropsias, macropsias, metamorfopsias y auras no visuales como parestesias, parestesias, disfasia, alucinaciones auditivas y olfativas, e incluso síntomas neurológicos más específicos como diversos déficit vertebro-basilares en la llamada "migraña basilar" (trastornos oculomotores, vértigo, ataxia, disartria...).
 - Por otra parte, en las 24-48 horas previas los pacientes pueden presentar otros síntomas prodrómicos como cambios del humor, torpeza mental, somnolencia, náuseas, etc.
 - El "aura" puede volver a aparecer en la fase de dolor de forma espontánea.
 - En ocasiones, el "aura" puede presentarse aislada, es decir, sin ser seguida de cefalea.

Se procurará eliminar los factores desencadenantes. El control de la crisis de migraña es más efectivo si el fármaco se administra precozmente (efecto abortivo).

- **Tartrato de ergotamina:** actualmente rara vez se receta en los medios asistenciales especializados.
- **AINES:** como aspirina, ibuprofeno, naproxeno o fenamatos.
- **Paracetamol.**
- **Metoclopramida:** además de su efecto antiemético ejerce una acción directa sobre las crisis migrañosas.
- **Sumatriptán:** es un agonista selectivo de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{1D},1B que produce vasoconstricción de los vasos craneales. Existen presentaciones para administración subcutánea, oral e intranasal. Sumatriptán es el primero de una familia de fármacos conocidos como triptanes (zolmitriptán, naratriptán, rizatriptán, eletriptán).

CEFALEA EN RACIMOS O CLUSTER

Son cefaleas que evolucionan en forma periódica, períodos que pueden durar semanas, el paciente presenta por lo menos un episodio diario, generalmente de instalación brusca sin prodromos. Aunque es de tipo vascular predomina en hombres entre la tercera y sexta década de la vida. Predomina en el varón (5:1), se inicia alrededor de los 35 años y la incidencia familiar es baja (3-7%).

El dolor y su patrón de presentación son típicos es de gran intensidad, urente, pulsátil, punzante y desgarrador, unilateral (aunque de un ataque a otro puede cambiar de lado), y afecta sobre todo a la región fronto-orbitaria. Se suele acompañar de sudoración de la frente, lagrimeo, inyección conjuntival, congestión nasal y rinorrea del lado afectado. En un 60-70% de los casos los ataques se acompañan de ptosis y miosis ipsilaterales.

Las crisis duran de 15 a 90 minutos, repitiéndose con una frecuencia de 1 a 3 ataques diarios (o más con un máximo de unos 8 al día), generalmente a una hora fija, durante un periodo de semanas o meses (1 a 3 meses), seguido de un intervalo de tiempo (6 meses a años) libre de síntomas, para poder recaer con posterioridad. Normalmente se presenta una temporada de dolor cada 6-12 meses, con cierto ritmo estacional (primavera y otoño).

Esta forma severa de dolor de cabeza es muy difícil de tratar. Múltiples indicaciones terapéuticas se pueden necesitar por lo tanto, lo más importante, y hay que poner mayor énfasis, es en la prevención.

- Ergotamina sublingual, DHE parenteral, Sumatriptan subcutáneo, pauta de corticoides orales.
- Inhalación de oxígeno al 100%, 7 litros por minuto por 20 minutos y repetir después de 5 minutos de descanso

CEFALEA TENSIONAL

Existen pruebas de que la migraña común y la cefalea tensional son procesos similares más que entidades diferentes y representan los extremos de una misma enfermedad.

El dolor es generalmente bilateral, sordo, opresivo, de moderada intensidad, referido por el paciente como "un casco" o "una banda que le aprieta la cabeza", con sensación dolorosa al tocarse el pelo. Suele asociar sensación de rigidez cervical. El dolor, de corta duración en la forma aguda episódica, en la forma crónica puede durar hasta semanas. Los pacientes no presentan "aura" ni, en general, náuseas, vómitos o fotofobia. Se asocia con frecuencia a depresión y ansiedad.

El tratamiento consiste en la introducción de AINES y relajantes musculares. Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) son eficaces para su control.

HEMICRÁNEA PAROXÍSTICA CRÓNICA

Cuadro raro que afecta a la mujer en un 80-90% de los casos, presentándose durante la 2ª ó 3ª década. No hay periodos de remisión y el número de ataques diarios es muy alto.

El dolor afecta a la región frontal, ocular y temporal, y se puede irradiar al cuello, brazo y región superior del pecho, es unilateral, no cambia de lugar y se puede desencadenar por la flexión y rotación del cuello. Los ataques duran 5-60 minutos (media 10-30 minutos) y se repiten 12-30 veces al día. El dolor es muy intenso, punzante o urente. La respuesta a indometacina es espectacular.

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

No es una cefalea en sentido estricto, debiéndose clasificar dentro de las algias faciales. Se trata de un dolor muy breve (de pocos segundos a un máximo de 1-2 minutos), localizado en el territorio de distribución de la 2ª y/o 3ª rama del nervio trigémino (la afectación de la 1ª es rara), de gran intensidad y referido por el paciente como un "calambre eléctrico" muy doloroso. Es frecuente encontrar zonas "gatillo", o puntos en la región facial que al ser tocados, o incluso rozados, desencadenan el dolor.

El cuadro comienza generalmente por encima de los 40 años, aumentando su frecuencia con la edad. En los pacientes más jóvenes es preciso descartar la presencia de una causa subyacente (al contrario que la forma común, considerada "idiopática"), sobre todo esclerosis múltiple.

Las modalidades terapéuticas farmacológicas son profilácticas. Se suele comenzar con carbamacepina, fármaco al que responden la mayoría de los pacientes. Otros fármacos que pueden ser ensayados si no hay respuesta son: fenitoína, baclofén, amitriptilina y clonacepam. Actualmente se están evaluando las posibles indicaciones de gabapentina y lamotrigina en esta enfermedad. En casos intratables y seleccionados se puede plantear una opción quirúrgica.

CEFALEA DE CÉLULAS GIGANTES

Es la arteriopatía inflamatoria no infecciosa más frecuente en la práctica neurológica. Produce un cuadro clínico más o menos completo de cefalea, fiebre, síndrome constitucional, claudicación de la musculatura masticatoria y lingual, así como dolor y discapacidad funcional de las cinturas escapular y pélvica si se acompaña de polimialgia reumática. La cefalea es generalmente unilateral, persistente, de carácter tenebrante o lancinante, y disminuye gradualmente con el tiempo.

Es más frecuente en mujeres caucásicas y se presenta de forma casi exclusiva a partir de los 50 años, siendo la edad más común de aparición en torno a los 70 años.

En la mayoría de los casos la VSG se halla por encima de 50 mm/h, aunque una cifra normal no excluye el diagnóstico. Afecta con preferencia a las arterias de gran y mediano calibre, especialmente a las ramas craneales de los troncos supraórticos, pudiendo generar síntomas locales clásicos por vasculitis de ramas de la carótida externa y complicaciones neurológicas como ceguera por neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA) y, en menor medida, infartos cerebrales con propensión por los territorios tributarios del tronco vertebrobasilar.

Su tratamiento se basa en la utilización de prednisona, disminuyendo la dosis hasta la mínima eficaz de mantenimiento. La respuesta suele ser espectacular.