

# CEFALEAS

## EPIDEMIOLOGÍA:

Es el segundo motivo de consulta más frecuente en atención primaria y el primero en una consulta de neurología. Supone un 2% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y un 15% de las consultas de neurología.

Más del 90% son cefaleas primarias (migraña, cefalea tensional, cefaleas autonómico-trigeminales y otras), y solo un 1-2% de las cefaleas crónicas se deben a una enfermedad intracraneal (cefaleas secundarias).

## ETIOLOGÍA:

- Cefalea primaria: la cefalea es el elemento principal o único de un proceso patológico benigno, recurrente o crónico.
- Cefalea secundaria: la cefalea es un síntoma o manifestación de distintos procesos patológicos, y sirve como signo de alarma

## FISIOPATOLOGÍA:

El parénquima cerebral no produce dolor por carecer de terminaciones nerviosas, por lo que la cefalea ocurre cuando se irritan cualquiera de las estructuras craneofaciales que son sensibles al dolor (extra o intra craneales).

Es más difícil comprender la fisiopatología de las cefaleas recurrentes como la migraña y la cefalea tensional. Actualmente se piensa que hay una alteración de la modulación central del dolor, con alteraciones de la excitabilidad neuronal, en la que participan estructuras del hipotálamo (lo que explicaría la periodicidad), junto con ciertos núcleos del tronco del encéfalo (adrenérgicos y serotoninérgicos) y el núcleo espinal del trigémino.

## CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CEFALEAS (adaptada y resumida)

### Primarias:

- Migraña.
- Cefalea tensional (CT).
- Cefalea en racimos y otras cefaleas trigémino-autonómicas:
  - o Cefalea en racimos.
  - o Hemicránea paroxística.
  - o SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing).

- Otras cefaleas primarias: cefalea punzante, tusígena, por ejercicio, asociada a la actividad o excitación sexual, hípica, cefalea trueno primaria, hemicránea continua.

#### Secundarias:

- Traumatismo craneal, cervical o ambos.
- Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical.
- Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular (hipertensión intracraneal, meningitis asépticas, etc).
- Cefalea atribuida a una sustancia o a su supresión (fármacos, drogas, etc).
- Cefalea atribuida a infección.
- Cefalea atribuida a trastornos de la homeostasis (hipoxia, altura, buceo, crisis hipertensiva, etc).
- Cefalea o dolor facial atribuido a trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca y otras estructuras faciales o craneales.
- Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico.

#### Neuralgias craneales, dolor facial central y primario y otras cefaleas:

- Neuralgias craneales y causas centrales de dolor facial.
- Otros tipos de cefalea, neuralgia craneal y dolor facial central o primario.

### **DIAGNÓSTICO:**

#### Anamnesis:

El elemento diagnóstico más importante en la evaluación de un paciente con cefalea es la **anamnesis**, prestando especial atención a los siguientes datos:

- Edad de comienzo: Son más frecuentes las cefaleas secundarias cuando aparecen por encima de los 50 años.
- Antecedentes personales y familiares: hasta en el 60% de las migrañas.
- Tratamientos médicos: anotar fármacos que puedan provocar cefalea, investigar abuso de analgésicos y hábitos tóxicos.
- Ansiedad y/o depresión: Se asocia frecuentemente a migraña y favorece su cronificación.
- Características del dolor (cefalea):
  - o Localización: localizada o difusa; uni o bilateral: irradiación.
  - o Calidad del dolor: opresivo, pulsátil, punzante, lancinante, etc.
  - o Intensidad (se suelen utilizar escalas analógicas de 0: no dolor, a 1: el peor dolor imaginable).
  - o Forma de comienzo: súbita, en la hemorragia subaracnoidea; horas en la migraña; días en la cefalea tensional).
  - o Perfil temporal: tiempo de evolución, frecuencia y periodicidad
  - o Duración: 1-2 días en migraña; horas en la cefalea en racimos; semanas o meses en la cefalea tensional.
- Síntomas asociados:
  - o Neurológicos: visuales, sensitivos, motores. Una exploración neurológica anormal obliga a descartar una cefalea secundaria.
  - o No neurológicos: náuseas, vómitos, foto, fono u osmofobia (migraña), fiebre (infección del SNC), claudicación mandibular (arteritis de células gigantes).

- Factores que modifican la cefalea:
  - o Agravamiento: producido por la bipedestación (cefalea postural por hipotensión intracraneal), el esfuerzo (migraña, cefalea benigna de esfuerzo, hipertensión intracraneal), la tos (cefalea tusígena), la menstruación (migraña), la ansiedad (tensional o migraña), o ciertos alimentos o condiciones meteorológicas (migraña).
  - o Alivio: producido con el decúbito (cefalea postural por hipotensión intracraneal), el sueño y la relajación (migraña), o la actividad física (cefaleas autonómico-trigeminales).

### **Exploración Física:**

- Tomar la Tensión Arterial (solo cifras muy altas producen cefalea).
- Buscar puntos dolorosos craneofaciales incluida la articulación temporomandibular, la tróclea, o nervios superficiales, principalmente nervio supraorbitario y nervios occipitales.
- Inspección y palpación de arterias temporales en pacientes por encima de los 50 años.
- Exploración neurológica, descartando focalidad neurológica y signos de irritación meníngea.

### **Pruebas complementarias:**

- Laboratorio: hemograma, bioquímica y VSG (sobre todo en pacientes con cefalea de nueva aparición por encima de los 50 años).
- Pruebas de imagen: se realizan cuando la anamnesis y/o el examen físico sugieren cefalea secundaria:
  - o Rx cráneo y región cervical (sospecha de traumatismo o tumor óseo), y de senos paranasales (sospecha de sinusitis).
  - o TAC craneal: está indicado en un servicio de urgencias cuando la cefalea es de comienzo súbito o presenta un empeoramiento reciente o se asocia a focalidad neurológica, edema de papila, rigidez de nuca, fiebre, náuseas o vómitos no explicables por cefalea primaria.
  - o RMN craneal: está indicada cuando en una cefalea atendida ambulatoriamente existe una sospecha de lesión estructural.
- Punción lumbar: está indicada en:
  - Sospecha de infección del SNC.
  - Sospecha de hemorragia subaracnoidea con TAC craneal normal.
  - Si se quiere medir la presión del LCR para descartar hipertensión e hipotensión intracraneal.

### **SIGNOS DE ALARMA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS CEFALEAS:**

- Cefalea de comienzo explosivo. Se denomina “Cefalea Trueno” a aquella especialmente intensa y en la que la mayor intensidad del dolor se ha alcanzado en sus primeros 5 minutos de duración.
- Cefalea en paciente inmunodeprimidos (incluyendo oncológicos) y anticoagulados.
- Cefalea de comienzo en mayores de 50 años de edad.
- Cambio en las características previas de una cefalea primaria.
- Cefaleas relacionadas con posturas o actividades.
- Cefalea de intensidad progresivamente creciente.

- Cefalea asociada a cambios de conducta, alteraciones cognitivas, crisis epilépticas y cualquier focalidad neurológica.
- Cefalea y fiebre.
- Cefalea con aura atípica o muy prolongada.

### **CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA AL ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA:**

- Criterios de alarma de cefalea secundaria (los mencionados).
- Neuralgias de pares craneales.
- Cefaleas autonómico-trigeminales.
- Cefaleas no identificables por anamnesis dentro de las cefaleas primarias.
- Ausencia de respuesta a adecuados tratamientos sintomáticos o preventivos.

### **TRATAMIENTO:**

Existen 3 posibilidades terapéuticas en las cefaleas primarias:

- Modificación de los factores desencadenantes: cuándo sea posible, y sólo con aquellos que el paciente identifique como propios.
- Tratamiento sintomático del episodio de cefalea (sobre todo en migraña y cefaleas autonómico-trigeminales): Debe ser lo más específico y precoz posible, y a dosis adecuadas. Mejor ser enérgico con las cefaleas episódicas que los tratamientos inadecuados que, a fuerza de repetirse, terminan dando lugar a cefaleas crónicas por abuso de medicación sintomática.
- Tratamiento profiláctico: lo más específico posible, y siempre considerando con cada paciente la relación riesgo/beneficio. A dosis y durante el tiempo suficientes.

La mejor manera de buscar el éxito terapéutico en las cefaleas es intentar llegar al diagnóstico más exacto posible. Si el tratamiento no es eficaz, replantear el diagnóstico. La mejor exploración complementaria es repetir anamnesis y exploración.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Cliniguía 2010 - Actualización de diagnóstico y terapéutica. Muñoz Calvo, B. - Sampol Rubio, G. - García Díaz, J. - Pérez Pérez, A. - Fernández Fresnedo, G. - Sarriá Cepeda, C. - Escamilla Crespo, C. Editorial EviScience.
- Harrison – Principios de medicina interna. 17ª edición. Editorial Mc Graw Hill.
- SEN (Sociedad Española de Neurología) “Grupo de estudio de cefalea” (página web: <http://www.cefaleas.sen.es/>)