

Cefalea, un motivo de consulta frecuente

Mireia Martin-Andreu*, Eva Lumbrera-Moreno *, Andrea Murcia-Revert *, Daniel Muñoz-Nogales *

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Mireia Martin Andreu. mmartinand@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: La cefalea o dolor de cabeza es un motivo de consulta frecuente. Existe una gran variedad de cefaleas, pudiéndose establecer una clasificación grosera en: cefaleas primarias y secundarias. Esta clasificación resulta fundamental para su tratamiento.

Exposición del caso: Presentamos el caso de un varón de 46 años que consulta por cefalea hemicraneal derecha que irradia a región periorbitaria ipsilateral, con hiperemia conjuntival y lagrimeo, además de fotosonofobia. Había presentado episodios previos similares agrupados en periodos de tiempo, con duración aproximada de 60-180 minutos con varios episodios al día. Exploración y pruebas complementarias normales. Se pauta tratamiento sintomático lográndose remisión del episodio.

Diagnóstico y discusión: Probable cefalea en racimos o de Horton.

La clínica de cefalea presenta una alta prevalencia. Una buena historia clínica y exploración minuciosa permiten diagnosticar a la mayoría. Las pruebas complementarias se realizarán en función de la sospecha diagnóstica. Es fundamental discernir si nos encontramos ante una cefalea secundaria o primaria (y dentro de esta última discernir entre las entidades más frecuentes) para lograr un adecuado manejo terapéutico. Asimismo, se deben conocer los criterios de derivación a neurología.

PALABRAS CLAVE

Cefalea, cefaleas trigémino-autonómicas, cefalea en racimos, cefalea de Horton.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

La cefalea o dolor de cabeza es un motivo de consulta frecuente tanto en los Servicios de Urgencias como en los centros de Atención Primaria. Además, constituye el primer motivo de consulta en el Servicio de Neurología. Las cifras de prevalencia de la cefalea observadas en los países occidentales oscilan entre 73-89% en población masculina y entre 92-99% en la femenina [1].

Existe una gran variedad de cefaleas, pudiéndose establecer una clasificación grosera en [2]:

- Cefaleas primarias: en las cuales no se puede demostrar ninguna alteración estructural ni metabólica que justifique el dolor de cabeza. Las más frecuentes: cefalea tensional, migraña y cefalea en racimos.

- Cefaleas secundarias: representan en torno a un 5% de las cefaleas. En ellas se identifica una causa mediante un estudio médico. Generalmente son de instauración brusca, por trastorno craneal o cerebral, o pueden estar causadas por infecciones o automedicación.

Otra forma de clasificación puede ser en función del tiempo de evolución, estableciéndose [3]:

- Cefalea aguda
- Cefalea aguda recurrente
- Cefalea crónica progresiva
- Cefalea crónica no progresiva

El diagnóstico de cefalea es fundamentalmente clínico basándose en la historia clínica y la exploración física (neuroológica y sistémica); su finalidad principal es diferenciar las cefaleas primarias de las cefaleas secundarias pues el

tratamiento de las mismas varía en función de su naturaleza. En las cefaleas primarias el tratamiento es fundamentalmente preventivo y analgésico en el episodio agudo, mientras que en las cefaleas secundarias el tratamiento es etiológico además de analgésico [3].

EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente varón de 46 años, con antecedentes personales de: hipertensión arterial (desde hacía 5 meses en tratamiento farmacológico con olmesartán y medoxomilo) y dislipemia (en tratamiento farmacológico con ezetimiba y simvastatina). No posee antecedentes quirúrgicos ni familiares de interés.

Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por episodio de cefalea de una hora de evolución con aumento de intensidad progresivo, alcanzando su intensidad máxima a los diez minutos.

Presenta cefalea hemicraneal derecha que se irradia a región periorbitaria ipsilateral; junto con sonofobia y fotofobia desde inicio. El episodio se acompaña de hiperemia conjuntival derecha y lagrimeo. Presenta mejoría leve con el reposo.

Durante la anamnesis, el paciente refiere episodios previos de cefaleas desde los 18 años por las que no consultó. Presentaba episodios agrupados en periodos de tiempo comprendidos entre 6 y 8 semanas, con épocas de remisión que llegan a alcanzar los 12 meses. A veces de localización hemicraneal derecha y otras izquierda, con una duración aproximada de entre 60 y 180 minutos y con 1 a 8 repeticiones al día. En la mayoría de ocasiones son cefaleas de predominio vespertino, en alguna ocasión incluso le han llegado a despertar por la noche. No ha presentado factores vivenciales estresores ni desencadenantes.

En la exploración física el paciente está consciente, colaborador y orientado en las tres esferas. Normocoloreado y normonutrido. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. En la exploración cardiopulmonar se encuentra rítmico, sin auscultarse ruidos patológicos, con murmullo vesicular conservado. Sin signos de focalidad en la exploración neurológica.

En la analítica presenta un hemograma y una bioquímica anodinos. Tras realizar anamnesis, y con sus datos analíticos y exploración neurológica se realiza el diagnóstico clínico de Cefalea en racimos o De Horton.

Se decide pauta de tratamiento para episodio agudo con:

- Oxigenoterapia en mascarilla-reservorio con O₂ al 100% durante 15 minutos.
- Ketorolaco trometamol 30 mg/ml vía intravenosa.
- Metamizol 2 g vía intravenosa.
- Pantoprazol 40 mg vía intravenosa.

En la evolución clínica durante su estancia en el Servicio de Urgencias el paciente presenta mejoría parcial de la sintomatología, persistiendo cefalea aunque con menor intensidad. Se decide añadir al tratamiento Sumatriptán 6 mg por vía subcutánea consiguiéndose la remisión completa del cuadro de dolor.

Tras lo cual, se decide alta domiciliaria con posterior seguimiento y estudio en consultas externas del Servicio de Neurología. Pautándose tratamiento profiláctico hasta consulta en Neurología con:

- Prednisona 60 mg en pauta descendente hasta completar 18 días.
- Verapamilo 80 mg vía oral en pauta ascendente hasta alcanzar un comprimido cada 8 horas una semana, posteriormente 1 comprimido cada 12 horas 1 semana y finalmente, si buena tolerancia, 1 comprimido cada 8 horas hasta consulta en Servicio de Neurología.

DIAGNOSTICO Y DISCUSIÓN

Hallazgos sugestivos de cefalea en racimos o cefalea de Horton.

Dado que el síntoma de cefalea o dolor de cabeza es un motivo frecuente de consulta en los diversos estamentos asistenciales se requiere un diagnóstico precoz.

Cabe destacar que una buena historia clínica y una exploración minuciosa permiten diagnosticar a la mayoría de los pacientes con cefalea sin necesidad de realizar estudios complementarios. Por tanto, la sospecha diagnóstica marca la necesidad de realizar pruebas complementarias. De estas, las más frecuentemente empleadas son [1]:

- Pruebas de neuroimagen: siendo estas las de mayor rentabilidad. La presencia de criterios de alarma obliga a la realización de las mismas, con el objetivo de excluir una cefalea secundaria [ver tabla 1]. La elección entre tomografía computarizada (TC)

y resonancia magnética (RM) dependerá fundamentalmente de la sospecha diagnóstica. En cefaleas no agudas en las que esté indicada la neuroimagen, se recomienda la realización de RM y no TC.

- Análisis de sangre: puede apoyar un diagnóstico y/o descartar cefaleas secundarias.

- Punción lumbar: son diversas sus indicaciones, sin embargo es fundamental descartar previamente un proceso expansivo subyacente, una coagulopatía, una plaquetopenia (< 50.000/ml) o la toma de tratamiento anticoagulante [ver tabla 2].

En el manejo de una cefalea es fundamental, por tanto, discernir si nos encontramos ante una cefalea secundaria o primaria.

Dentro de las cefaleas primarias debemos realizar diagnóstico diferencial entre las etiologías más frecuentes [3]:

- Cefalea tensional: desencadenada por estrés o cansancio, puede cursar con o sin contracción muscular cervical. La cefalea es de carácter opresivo, de intensidad leve - moderada, holocraneal o cambiante (primero frontal y luego occipital). No presenta empeoramiento con la actividad física. No asocia náuseas. Puede asociar sonofotofobia. La exploración neurológica y pruebas complementarias son normales.

- Migraña: se trata de un trastorno familiar caracterizado por ataques recurrentes de cefalea. Es generalmente hemicraneal y de carácter pulsátil, con frecuencia acompañada de náuseas, vómitos y sonofotofobia. Puede precederse, o en ocasiones acompañarse, de trastornos neurológicos deficitarios locales (aureas), en especial visuales. Suele empeorar con la actividad física. La exploración neurológica y pruebas complementarias son normales.

- Cefaleas trigémino - autonómicas, de las cuales la más frecuente es la cefalea en racimos o cefalea de Horton: cefalea más prevalente en varones entre 20 y 40 años. Consiste en episodios de cefalea con síntomas y signos autonómicos que se repiten hasta un máximo de ocho veces al día, durante periodos de varias semanas de duración (racimos). Los síntomas son similares en cada ataque: cefalea intensa de localización periorbitaria o temporal, siempre del mismo lado, con duración aproximada 15-180 minutos. Se acompaña de inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración frontal, enrojecimiento e hiperestesia facial, miosis o ptosis palpebral; siendo todos ellos homolaterales al

dolor. No asocian aura. Además suelen aparecer siempre a la misma hora.

En cuanto al tratamiento, este varía en función del tipo de cefalea. En las cefaleas secundarias el tratamiento es fundamentalmente etiológico además de analgésico. Por otro lado, en cefaleas primarias es fundamentalmente analgésico además de en algunos casos preventivo (migraña y cefaleas en racimos) [3].

Además, resulta fundamental conocer los criterios de derivación a consultas externas de Neurología para lograr un adecuado manejo de la misma. Estos criterios se pueden resumir en [3]:

- Crisis de migraña frecuentes o con aura atípica
- Cefaleas trigémino- autonómicas en fase activa
- Cefaleas por abuso de analgésicos que no puedan resolverse en Atención Primaria
- Neuralgias craneales (trigémino, glossofaríngeo...)
- Cefaleas refractarias al tratamiento correcto
- Sospecha de cefalea secundaria que no requiera ingreso hospitalario.
- Cefalea asociada a la tos, ejercicio sexual o físico
- Cefalea episódica en relación con el sueño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología en 2020 [Internet]. Barcelona : Sociedad Española de Neurología; 2020 [citado el 30 de abril del 2022]. Disponible en: <https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf>
2. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona [internet]. Pamplona : CUN ; 2020. Cefaleas o Dolor de cabeza. Causas, diagnóstico y tratamiento. [Internet] [citado el 30 de abril del 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/cefaleas>
3. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, Aguilar Humanes F. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.

TABLAS Y FIGURAS

1. Cefalea de inicio reciente en pacientes con:	a. > 50 años b. Neoplasia y/o inmunodepresión c. Riesgo de sangrado aumentado
2. Según su evolución:	a. Inicio brusco o explosivo tras esfuerzo o maniobra de Valsalva b. Inicio reciente con aumento progresivo en intensidad o frecuencia c. Empeoramiento de su cefalea o falta de respuesta a tratamientos previamente efectivos d. En los que el dolor: <ul style="list-style-type: none"> • No responde a tratamientos teóricamente correctos • Cambia características sin una causa • Empeora/se desencadena con movimiento/cambios posturales • Despierta por la noche o es de predominio nocturno • Tiene una localización unilateral estricta (excepto las cefaleas primarias unilaterales, como la cefalea en racimos)
3. Asociada a:	a. Fiebre sin foco b. Vómitos no explicables o en escopetazo c. Síntomas o signos neurológicos focales (por ejemplo, signos meníngeos, papiledema) d. Alteración del nivel de consciencia e. Trastorno de conducta o del comportamiento f. Crisis epilépticas
4. Exploración:	Anormal
5. Cefalea de características atípicas	

Tabla 1. Criterios de alarma ante una cefalea [3].

Meningitis y encefalitis infecciosa
Metástasis leptomeníngeas
Hemorragia subaracnoidea
Hipertensión intracraneal idiopática
Hipotensión de LCR: evitarla si la sospecha clínica es elevada y existen signos radiológicos compatibles en una resonancia cerebral con contraste por el riesgo de empeoramiento clínico

LCR: líquido cefalorraquídeo.

Tabla 2. Indicaciones para la realización de una punción lumbar [3].