

CARTA CLÍNICA

Cefalea numular. A propósito de un caso



Nummular headache. About a case

Presentamos el caso de una mujer de 59 años, que consultó a su médico de familia por cefalea diaria de 8 meses de evolución localizada en la región parietal derecha de 6 cm de longitud y de forma elíptica (fig. 1), el dolor es continuo y opresivo, con exacerbaciones lancinantes ocasionales que remite parcialmente tras el tratamiento con analgésico habitual.

Se trata de una mujer hipertensa en tratamiento con enalapril, y buen control de la tensión arterial, sin hábitos tóxicos.

Durante la exploración física la paciente localizó la zona dolorosa con forma ovalada, de unos 5 cm de longitud a nivel de la región parietal derecha, sin observarse cambios cutáneos locales a dicho nivel, y sin aumento del dolor a la palpación en dicha región.

Se solicitó analítica de sangre, tomografía axial cerebral y resonancia magnética cerebral, sin observarse alteraciones significativas en ninguna de las pruebas, descartándose una lesión subyacente que pudiera causar el dolor a dicho nivel.

Posteriormente se inició tratamiento con mirtazapina 30 mg/día con remisión parcial, refiriendo la paciente persistencia del dolor. Debido a la persistencia de la sintomatología tras tratamiento con analgesia habitual y mirtazapina se decide infiltración de toxina botulínica tipo A en la región dolorosa.



Figura 1 Área ovoidea dolorosa en región parietal derecha.

A los 3 meses de la infiltración la paciente refiere remisión total del dolor durante 10 semanas con dolor leve en dicha región las últimas 2 semanas, por lo que se decide nueva infiltración, tras los resultados obtenidos con la anterior infiltración.

La cefalea numular es una entidad clínica caracterizada por dolor circunscrito a una pequeña zona craneal, de forma redondeada u ovalada de 2 a 6 cm de diámetro, siendo su localización más frecuente la región parietal. El área afectada no cambia de tamaño ni de localización con el tiempo. El dolor es generalmente de intensidad moderada y de carácter opresivo y puede asociarse a disfunción sensitiva, como hipoestesia, disestesia o hipersensibilidad¹.

La cefalea numular es un tipo de cefalea primaria de origen periférico epicraneal. Clínicamente, se caracteriza por dolor leve a moderado, similar a una sensación de presión, que se siente exclusivamente en un área redondeada u ovalada de 2 a 6 cm de diámetro, sin lesiones estructurales subyacentes. Aunque cualquier región de la cabeza puede verse afectada, suele ser más frecuente la localización de este dolor en la parte más convexa de la región parietal. El dolor permanece en la misma área sin migración hacia otras áreas de la cabeza². Este tipo de cefalea predomina en el sexo femenino siendo la edad media de inicio alrededor de los 40 años³.

Por lo general, suele ser un dolor crónico, sin embargo, se puede asociar a exacerbaciones lancinantes de segundos a horas de duración pudiendo asociarse y con alteraciones de la sensibilidad en la zona afectada⁴. Estas exacerbaciones pueden precipitarse al tocar la zona afectada por movimientos de la cabeza o por maniobras de Valsalva³. Además, el área dolorosa no suele cambiar de forma ni de tamaño con el tiempo².

La etiología de la cefalea numular no está clara, aunque algunos autores consideran que se trata de un trastorno de origen neuropático, ya que frecuentemente se describe como un dolor localizado quemante superficial con hiperesestias, hipoestesias, disestesias y paroxismos superpuestos, que es típico de las lesiones a nivel de pequeñas fibras nerviosas. Sin embargo, algunas evidencias cuestionan que esta sea la única causa, ya que también se han descrito casos asociados a lesiones intracraneales⁵.

Es importante realizar el diagnóstico diferencial con la *epicrania fugax*⁴, las neuralgias occipitales² y la migraña crónica⁶, entre otras.

La *epicrania fugax* se caracteriza por ser un dolor de segundos de duración de inicio en la región temporal o

parietal posterior del cuero cabelludo que puede irradiarse hacia la región orbitaria homolateral y la nariz, y en algunos casos se asocia con síntomas autonómicos homolaterales⁴.

En las neuralgias occipitales están implicadas los nervios occipital mayor y menor, además del tercer nervio occipital, y se caracterizan por dolor en la región occipital asociado a hipoestesias o disestesias de la zona afectada².

La migraña crónica se caracteriza por estar presente 15 días o más al mes durante más de 3 meses, con características de cefalea migrañosa al menos 8 días al mes, de localización unilateral, pulsátil de intensidad moderada a severa que empeora con la actividad física y puede o no asociarse a aura⁶.

En cuanto al tratamiento, se ha observado que los pacientes con este tipo de cefalea presentan respuestas inadecuada al tratamiento con analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, opiáceos, esteroides orales e infiltraciones locales de anestésicos. Algunos autores recomiendan tratamiento preventivo mediante gabapentina a dosis de 600 a 2.400 mg/día, además de otros tratamientos preventivos como los antidepresivos tricíclicos, el topiramato, la carbamazepina, la indometacina, entre otros³.

En cuanto al tratamiento varios informes de casos han demostrado la efectividad, así como la seguridad del uso de toxina botulínica para este tipo de cefalea debido a la facilidad de acceso a las terminaciones nerviosas periféricas responsables del dolor⁷. En el estudio llevado a cabo por Clar de Alba et al.¹ en el que emplearon 10 unidades de toxina botulínica tipo A en 10 puntos dentro del área sintomática y alrededor de ella obtuvieron una reducción de los síntomas que se mantuvo alrededor de 14 semanas, tras las cuales repitieron la aplicación de la toxina resultando nuevamente eficaz.

Se ha contado con el consentimiento de los pacientes y se han seguido los protocolos de los centros de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Financiación

Este manuscrito no ha recibido financiación.

Bibliografía

1. Clar de Alba B, Barriga FJ, Rodríguez G. Descripción clínica y fisiopatología de la cefalea numular: serie de casos. *Rev Neurol.* 2020;70:171–8.
2. Pareja JA, Pareja J, Yangüela J. Nummular headache, trochleitis, supraorbital neuralgia, and other epicranial headaches and neuralgias: The epicranias. *J Headache Pain.* 2003;4:125–31.
3. Guerrero AL, Cortijo E, Herrero S, Mulero P, Miranda S, Peñas ML, et al. Nummular headache with and without exacerbations: Comparative characteristics in a series of 72 patients. *Cephalgia.* 2012;32:649–53.
4. Fontalba M, Arjona A. Un caso de cefalea atípica con evolución de cefalea numular a epicrania fugax. *Neurología.* 2011;26:60–1.
5. Pavao I, Abreu L. Nummular headache: Clinical features and treatment response in 24 new cases. *Cephalgia.* 2018;1:1–8.
6. Gago AB, García D, Mas N, Ordás CM, Ruiz M, Torres M, et al. Cómo y cuándo derivar un paciente con cefalea primaria y neuralgia craneofacial desde urgencias y atención primaria: recomendaciones del grupo de estudio de cefalea de la sociedad española de neurología. *Rev Neurol.* 2020;35:176–84.
7. Santos S, Cuadrado ML, Gago AB, Guerrero AL, Irima P, Láinez JM, et al. Evidencia y experiencia del uso de onabotulinumtoxinaA en neuralgia del trigémino y cefaleas primarias distintas de la migraña crónica. *Neurología.* 2020;35:568–78.

B. Sánchez Galindo*

Servicio de Salud de Castilla La Mancha, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bblankasan@gmail.com