

Diagnóstico del paciente con cefalea

Approach to the cephalalgic patient

P. Hurtado

Facultativo Especialista de Área del Servicio de Neurología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

La cefalea es posiblemente uno de los síntomas dolorosos más frecuentes en la población general. Supone un motivo de consulta frecuente en todos los niveles asistenciales, tanto en los servicios de urgencia, como en los de atención primaria y por supuesto en las consultas de neurología.

Basándonos en datos sacados de nuestra área asistencial en el ambulatorio de Barakaldo, donde cubrimos de forma centralizada la asistencia neurológica extrahospitalaria de la Margen izquierda y Zona Minera, dependiente del Servicio de Neurología del Hospital de Cruces, en un período analizado de un año, cerca del 30 % de los pacientes nuevos vistos en ese período (732 de 2.460) consultaban por cefalea, siendo este el motivo de consulta más frecuente. Por otro lado también es interesante señalar que la gran mayoría de estos pacientes presentaban una cefalea primaria no asociada a una lesión estructural. Solo en un 2% de estos pacientes se sospechó una cefalea secundaria a un proceso orgánico. En otras series la cefalea suponía entre un 16 a un 31% de los pacientes vistos por cefalea en una consulta general de Neurología (1).

Esta elevada utilización de las consultas médicas por parte de los pacientes con cefalea puede explicarse por varios motivos. Algunos de ellos pueden ser los siguientes. Por un lado hay un gran número de pacientes que lo que quieren es descartar una enfermedad cerebral grave y solicita una prueba diagnóstica de imagen. Por otro, y a pesar de que como hemos dicho anteriormente la mayoría de las cefaleas que atendemos son primarias, estas pueden ser muy incapacitantes, como es el caso de la migraña o la cefalea en acúmulos, y por lo tanto lo que el paciente reclama es un tratamiento ade-

cuado que le permita realizar con normalidad sus actividades habituales.

CLASIFICACION

Dentro del manejo del paciente con cefalea será de mucha utilidad el tener en cuenta alguna de las clasificaciones de las cefaleas. Fundamentalmente las que se basan en su etiología y en el tiempo de evolución.

Así las dividiremos **según su etiología** en: **cefaleas primarias o funcionales y cefaleas secundarias u orgánicas** (Tabla 1).

TABLA 1
Clasificación etiológica de las cefaleas

<p>Cefaleas primarias (Modificada de la clasificación de la IHS)</p> <ol style="list-style-type: none"> Migraña <ul style="list-style-type: none"> Sin aura Con aura Cefalea tipo tensión <ul style="list-style-type: none"> Episódica Crónica Cefalea en acúmulos y hemicránea paroxística crónica <p>Cefaleas secundarias</p> <ol style="list-style-type: none"> TCE <ul style="list-style-type: none"> Postraumática aguda Postraumática crónica Enfermedades vasculares <ul style="list-style-type: none"> ACV Hematoma intracerebral Hemorragia subaracnoidea Malformación vascular Arteritis Trombosis venosa Hipertensión arterial Enfermedades cerebrales no vasculares <ul style="list-style-type: none"> Alteraciones en la presión del LCR Infección intracraneal Sarcoidosis y otras enfermedades inflamatorias cerebrales Neoplasias cerebrales Uso o privación de sustancias Infecciones de fuera del sistema nervioso Alteraciones metabólicas <ul style="list-style-type: none"> Hipoxia Hipercapnia Hipoglucemia Diálisis Alteraciones localizadas en el cráneo, cuello, ojos, oídos, senos y dientes Neuralgias craneales

Dentro de las primarias las más frecuentes son, la cefalea tipo tensional, la migraña, y la cefalea en acúmulos o racimos, estas cefaleas en general son crónicas y recurrentes. Entre las secundarias están fundamentalmente, los procesos expansivos cerebrales, las cefaleas asociadas a infecciones del sistema nervioso, las producidas por lesiones vasculares, las relacionadas con alteraciones del LCR y aquellas producidas por alteraciones oculares, sinusales y óticas. Cuando una cefalea es la manifestación de una enfermedad grave habitualmente va acompañada de otros síntomas y signos que deben hacernos sospecharla, síntomas de alarma (Tabla 2).

TABLA 2
Síntomas y signos de alarma en una cefalea

<ol style="list-style-type: none"> Comienzo después de los 50 años. Instauración brusca de cefalea intensa. Cefalea de intensidad progresiva en su evolución. Cefalea de reciente comienzo en pacientes con cáncer, coagulopatías o tratados con anticoagulantes. Datos de enfermedad sistémica. Migraña con aura no típica. Cambio en las características de una cefalea crónica. Cefaleas intensas desencadenadas por esfuerzos, actividad sexual, tos o determinadas posturas. Convulsiones. Cambio de carácter o deterioro cognitivo. Exploración neurológica anormal.

Según su evolución las podemos clasificar en: **cefaleas de reciente comienzo y cefaleas crónicas o recurrentes**. Cuando un paciente consulta por una cefalea crónica lo más probable es que se trate de una cefalea primaria. Hay que prestar especial atención a los casos en los que se haya producido un cambio en las características de la cefalea y tener en cuenta la posibilidad de que se haya añadido un proceso orgánico a una cefalea primaria. Ante una cefalea de reciente comienzo, sobre todo si se produce en la edad adulta, se debe tener en cuenta la posibilidad de que se

Correspondencia:
Pilar Hurtado Urquidi
Servicio de Neurología
Hospital de Cruces
Pz Cruces s/n
48903 Barakaldo. Bizkaia

trate de una cefalea secundaria. La otra posibilidad es que se trate del primer episodio de una cefalea primaria.

DIAGNOSTICO DE LAS CEFALEAS

Anamnesis

El diagnóstico de las cefaleas se basa fundamentalmente en la historia clínica. Como ya hemos dicho, la mayoría de las veces estaremos ante pacientes que consultan por una cefalea primaria y en estos casos tanto la exploración neurológica, como las pruebas complementarias van a ser normales. Por otra parte al realizar la anamnesis y la exploración se debe tener en mente lo que anteriormente hemos llamado síntomas y signos de alarma que nos sugerirán que estamos ante una cefalea secundaria y dependiendo de la sospecha diagnóstica solicitar las pruebas complementarias pertinentes (Tabla 3).

TABLA 3
Cefaleas secundarias y exámenes complementarios

SINDROMES	EXPLORACIONES
1. Infecciones • Meningitis • Sinusitis 2. E. vasculares • Arteritis temporal • ACV • hemorragia subaracnoidea 3. Procesos expansivos • Tumores • Absceso • Hematoma 4. Alteraciones LCR • Hipertensión intracraneal benigna • Obstrucción del LCR • Hipotensión de LCR	• EXP, TAC craneal, P.L. • EXP, RX. • EXP, VSG. • EXP, TAC craneal. • EXP, TAC craneal, P.L. • EXP, TAC craneal, RMN. • EXP, TAC craneal. • EXP, TAC craneal. • EXP, TAC craneal, P.L.

EXP: Exploración. P.L.: Punción lumbar. RX: Radiografía simple. Modificado de "Effective headache management", Jackson, Vol. 104, n.º 5, Nov. 98 Postgraduate Medicine.

Dentro de la historia clínica, que debe ser completa, debemos esforzarnos al realizar la anamnesis. En ésta nos pueden ayudar los siguientes datos: Edad y sexo, antecedentes familiares, medicamentos que esté utilizando, existencia de un síndrome ansioso y/o depresivo, cuántos tipos de cefalea presenta, tiempo de evolución, características de la cefalea (localización, cualidad, intensidad, instauración, duración, frecuencia), síntomas asociados y factores modificadores (2,3,4,5).

Edad de comienzo y sexo

La migraña suele comenzar en la juventud y es más frecuente en mujeres. La cefalea

tipo tensional puede aparecer a cualquier edad, pero suele comenzar más tarde que la migraña y también es más frecuente en mujeres. La cefalea en acúmulos se produce fundamentalmente en varones y comienza entre la segunda y la tercera década de la vida. Como regla general los dolores de cabeza que comienzan a partir de la edad adulta, (5ª década) pueden ser más fácilmente la manifestación de un proceso orgánico.

Antecedentes familiares

En la migraña frecuentemente hay antecedentes familiares, pero también en la cefalea tipo tensión e incluso en la cefalea en acúmulos.

Tratamientos médicos

Hay medicamentos que pueden producir dolor de cabeza como los nitritos y otros vasodilatadores.

La utilización de anticonceptivos orales se ha relacionado tradicionalmente con un aumento en la frecuencia e intensidad de las crisis de migraña. Con la utilización de anticonceptivos con dosis bajas de estrógenos y con los nuevos progestágenos se ha visto que la incidencia de migraña no es tan elevada. En el caso de que aumente la frecuencia se puede intentar un cambio a otro anticonceptivo oral y plantearse su supresión solo en los casos con un gran agravamiento de sus cefaleas. De especial importancia es conocer los medicamentos utilizados para el tratamiento de la cefalea, sobre todo los analgésicos compuestos y los ergóticos, ya que su utilización de forma continuada y excesiva, va a dar lugar a la cronificación de la cefalea de base transformándola en una cefalea diaria o casi diaria, tanto en el caso de la migraña como en el de la cefalea de tipo tensional. La solución del problema pasa inicialmente por suspender el tratamiento con estos medicamentos además de añadir el tratamiento preventivo correspondiente.

Ansiedad y/o depresión

Hay que preguntar sobre la existencia de estas entidades, además de insomnio o algún tipo de tensión emocional o laboral añadida. En la cefalea tipo tensional, que es la más frecuente de las cefaleas primarias, es muy habitual la presencia de estos trastornos y el tratamiento de la

misma pasará por el del proceso psicológico de base.

También es frecuente que la falta de sueño y los períodos de estrés desencadenen crisis de migraña.

Diferentes tipos de cefalea

Es frecuente que en una misma persona coexistan más de un tipo de cefalea. La asociación más habitual es la de la migraña y la cefalea tipo tensional, lo que clásicamente se denominaba cefalea mixta o combinada. Son posibles otras combinaciones, se debe tener siempre en mente la posibilidad de que a una cefalea primaria se haya añadido una cefalea orgánica.

De entrada hay que preguntar directamente al paciente si es capaz de diferenciar más de un tipo de cefalea y si es así que nos relate las diferencias entre ellas, ya que va a tener gran importancia tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Tiempo de evolución

Con esta información se sabe si nos encontramos ante una cefalea de reciente comienzo o una cefalea crónica o recurrente. Como ya hemos dicho anteriormente, ante una cefalea de reciente comienzo podemos estar ante los primeros episodios de una cefalea primaria y recurrente pero hay que valorar la posibilidad de que se trate de una cefalea secundaria. En los casos de cefalea de larga evolución lo habitual es que se trate de una migraña o de una cefalea tipo tensional. Teniendo siempre presente la aparición de un cambio en las características de la cefalea. En esta situación podemos estar ante una migraña transformada por abuso de analgésicos o ante la superposición de una cefalea secundaria.

Características de la cefalea

Tendremos que conocer: la localización, cualidad, intensidad, forma de instauración, predominio horario, duración y frecuencia del dolor de cabeza.

a) Localización del dolor

La migraña es frecuentemente hemicraneal, pero también puede ser frontal bilateral. La cefalea en acúmulos es unilateral y periorbitaria o fronto-orbitaria. La cefalea tipo tensional suele ser difusa o de distintas localizaciones como un casco en ver-

tex u occipital. Ante cefaleas muy localizadas tendremos que pensar en causas no neurológicas. Por ejemplo en el glaucoma ante un dolor ocular, en una sinusitis en dolores frontales o maxilares y en una disfunción de la articulación témporo-mandibular en los casos en que el dolor se localiza en la región preauricular.

b) Cualidad del dolor

En algunos casos es difícil conseguir que el paciente defina el dolor. En la migraña el dolor suele ser pulsátil pero también puede ser continuo. En la cefalea tensional puede ser definido de distintas formas, opresivo, quemante, punzante pero nunca pulsátil.

c) Intensidad del dolor

Para averiguar el grado de intensidad del dolor, es más fácil utilizar el grado de incapacidad que este produce sobre las actividades diarias. Así una cefalea es intensa si el paciente no puede realizar ningún tipo de actividad, será moderada si puede realizar sus actividades pero con limitaciones y leve cuando el dolor no le incapacite para realizarlas.

En la cefalea tensional el dolor suele ser habitualmente leve o moderado. En la migraña intenso o moderado y en la cefalea en acúmulos suele ser intenso. El dolor de cabeza secundario a una lesión cerebral puede ser leve, moderado o intenso pero suele presentar un patrón de aumento progresivo de intensidad en el tiempo.

d) Forma de instauración

Ante una cefalea de instauración aguda e intensa debemos pensar en una hemorragia subaracnoidea. En la migraña la aparición es habitualmente subaguda y en la cefalea tipo tensional es más tórpida.

e) Predominio horario

El dolor de cabeza de la migraña suele aparecer desde la mañana. En la cefalea tensional es más frecuente a la tarde. En la cefalea en racimos o acúmulos las crisis de dolor pueden repetirse a lo largo de todo el día pero es muy frecuente que alguna de ellas se produzca en las primeras fases del sueño despertando al paciente. En la cefalea secundaria a un proceso expansivo cerebral el dolor suele aparecer al despertarse por la mañana o después de la siesta y mejora al levantarse.

f) Duración y frecuencia

La migraña se caracteriza por episodios recurrentes en los que la cefalea puede

durar entre unas horas y varios días (4-72 horas). La frecuencia es muy variable desde episodios muy esporádicos al año hasta varios por semana. La cefalea tipo tensional puede ser episódica o crónica, la duración de la cefalea puede ser entre varios minutos y varios días, siendo más frecuente el que dure de forma prolongada y continua. Como ya hemos dicho anteriormente la cefalea secundaria a una lesión cerebral suele ser diaria y progresiva.

Síntomas asociados

Hay que preguntar sobre la existencia de otros síntomas neurológicos o sistémicos asociados a la cefalea.

Síntomas no neurológicos:

Característicamente las crisis de migraña además de dolor de cabeza presentan náuseas y/o vómitos, intolerancia a la luz y al ruido. En la cefalea tipo tensión raramente aparecen alguno de estos síntomas. Sí es habitual que se asocie a síntomas de ansiedad y depresión y muy frecuentemente a una sensación mal definida de mareo. También son frecuentes las náuseas y los vómitos, sobre todo

matutinos, en la cefalea producida por la hipertensión intracraneal. La cefalea en racimos o acúmulos se asocia a rinorrea y lagrimeo unilateral y homolateral a la localización del dolor. La presencia de fiebre sugerirá un proceso infeccioso. Ante la presencia de mialgias y claudicación mandibular en pacientes mayores de 50 años con cefalea fronto-temporal, hará sospechar una arteritis de la temporal.

Síntomas neurológicos:

En la migraña con aura a la cefalea se asocian otros síntomas neurológicos como alteraciones visuales, sensitivas, trastornos del lenguaje e incluso pérdida de fuerza. En general preceden al dolor y son transitorios. Cuando estos síntomas duran mas de 1 hora obligan a descartar la presencia de una enfermedad cerebro-vascular, desde un ACV a la existencia de una malformación vascular subyacente. La cefalea producida por lesiones cerebrales se puede acompañar en algún momento de su evolución de diferentes manifestaciones neurológicas dependiendo de la naturaleza y localización del proceso. Desde síntomas neurológicos deficitarios o irritativos a alteraciones del carácter y el comportamiento o deterioro cognitivo.

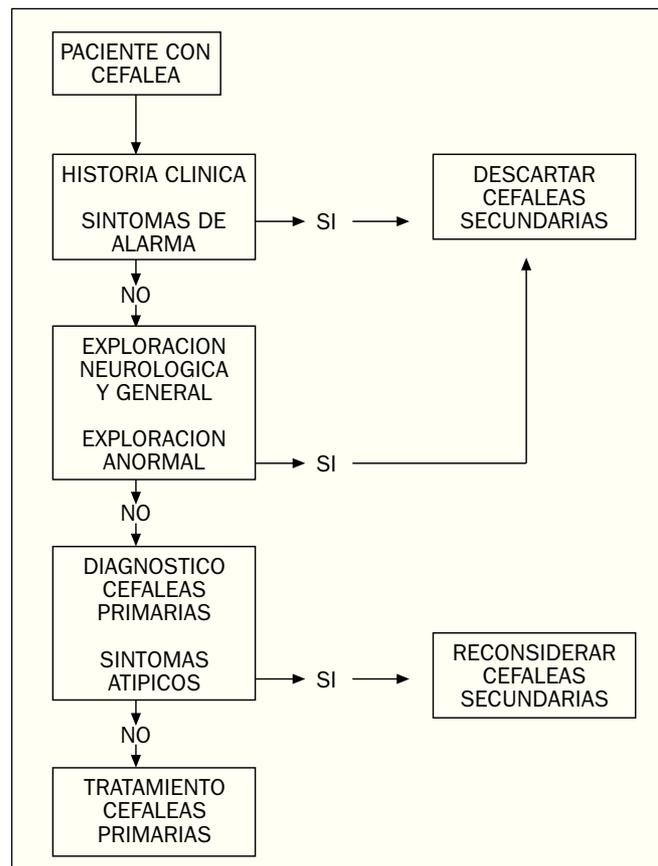


Fig. 1: Diagnóstico de cefaleas. Modificado de "Headache in clinical practice". Silberstein y colaboradores.

Factores que modifican la cefalea

Algunos pacientes son capaces de identificar actividades o situaciones que pueden desencadenar, empeorar o aliviar una cefalea.

Hay descritos muchos factores que pueden precipitar una crisis de migraña. Los más frecuentes son el estrés, los cambios hormonales en la mujer, principalmente la menstruación, determinados alimentos y las alteraciones del ritmo del sueño. En las cefaleas desencadenadas o que empeoran con el esfuerzo o la tos hay que pensar en procesos tan diferentes como una malformación de Chiari, un proceso expansivo, una cefalea benigna de esfuerzo o una migraña que típicamente aumenta con los esfuerzos o las actividades.

Entre las medidas de alivio están el reposo e incluso el sueño en una habitación sin luz, la aplicación de frío local o una cinta compresiva, especialmente en las crisis de migraña.

Exploración física y pruebas complementarias

Después de finalizar la anamnesis tendremos que realizar una exploración general con especial referencia al territorio craneofacial y una exploración neurológica completa. Si estas exploraciones son normales y en el interrogatorio no hemos encontrado “síntomas de alarma” estaremos ante una cefalea benigna y no sería necesario realizar ninguna prueba complementaria. Cuando la historia clínica o la exploración nos sugieren una cefalea orgánica se realizarán las correspondientes pruebas diagnósticas (Fig. 1). Una TAC craneal o RMN cerebral ante la sospecha de un proceso expansivo. Una velocidad de sedimentación globular (VSG) ante la sospecha de una arteritis de la temporal. Una punción lumbar con registro de la presión del LCR y análisis del mismo cuando sospechamos una meningitis, una hemorragia subaracnoidea o una hipertensión intracra-

neal benigna, habiendo realizado previamente una TAC craneal (Tabla 3).

Referencias bibliográficas

1. Sanchez-Migallón. “La cefalea en la consulta de neurología general”. Neurología 2000; 15, 7: 274-277.
2. Zarranz JJ. “Cefalea y algias craneofaciales”. Neurología (2ª edición). Madrid: Harcourt, Brace, 1998; 145-172.
3. Grupo de estudio de cefalea. “Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea”. Recomendaciones. Ediciones Ergón. 1999.
4. Pascual J. “Aproximación al paciente con cefalea y su diagnóstico”. Jano 1.998; 55: 34-42.
5. Barrientos Uribe N. “Evaluación clínica del paciente con cefalea”. Foro de cefaleas 1999. Chile.
6. Sanchez Menoyo JL. “Cefaleas secundarias”. Jano 1.998; 55; 67-70.
7. Jackson MD. “Effective headache management”. Postgraduate Medicine 1998; 104: 133-147.
8. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in Clinical Practice. St. Louis: Mosby Year Book 1998.