

# Cefalea tipo tensión y otras cefaleas crónicas

*Tension-type headache and other chronic headaches*

J. C. Gómez

Servicio y Cátedra de Neurología  
Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia

La cefalea crónica diaria constituye un grupo heterogéneo de cefaleas, que en nuestro medio afecta al 3% de la población y supone alrededor del 50% de los pacientes remitidos a una unidad de cefaleas. En general se trata de pacientes que presentan cefalea diaria o casi diaria durante meses, con antecedentes de migraña o cefalea tensional. Estos pacientes suelen hacer un mal uso de los analgésicos y/o ergóticos.

Se define cefalea crónica diaria a aquella que ocurre con una frecuencia de 15 días o más al mes y con una duración diaria de más de 4 horas. Estas cefaleas se clasificarían en 4 tipos: cefalea de tipo tensión, migraña transformada, hemicránea continua y cefalea crónica de inicio reciente.

El objeto de esta revisión es enfocar este tipo de cefaleas desde un punto de vista práctico de cara a su manejo en atención primaria.

## Cefalea de tipo tensión

Se trata de un grupo heterogéneo de cefaleas, cuya fisiopatología está aún por dilucidar. El término cefalea tipo tensión realza las características de tensión muscular y estrés psicológico propios de esta cefalea.

Para muchos autores habría una continuidad entre la migraña episódica, la cefalea tipo tensión en su variante episódica y finalmente la cefalea crónica diaria, aunque otros autores creen que son patologías muy prevalentes que frecuentemente coexisten. Las teorías clásicas atribuyen esta cefalea a la tensión muscular de los músculos pericraneales. Las teorías actuales describen mecanismos periféricos (musculares, fasciales, terminaciones neuronales) y centrales. Se ha postulado un

modelo miogénico-vascular-supraespinal común tanto para la migraña como para la cefalea tipo tensión. Según este modelo el núcleo caudal del nervio trigémino recibe información nociceptiva de las arterias craneales (migraña) y musculatura pericraneal (cefalea tipo tensión), estando además sometido a un control supraespinal doble (excitador e inhibitor).

La cefalea tensional es una cefalea recurrente que dura desde minutos a semanas, opresiva, en "casco", suele ser de intensidad leve o moderada y, aunque molesta, no obliga al paciente a abandonar sus quehaceres. No empeora con la actividad física. Las náuseas y los vómitos no suelen estar presentes, aunque sí pueden asociar sono-fotofobia. La localización es holocraneal aunque con mayor afectación de la porción anterior (66%) que posterior (25%). Suele empeorar con el discurrir del día, la falta de sueño y el estrés emocional o físico, y mejoran con el descanso y tranquilidad y transitoriamente con el uso de analgésicos o alcohol. Los criterios clínicos de este tipo de cefalea se exponen en la tabla 1.

Es la cefalea más frecuente, se estima que constituye el 69% de todas las cefaleas (66% variante episódica y 3% crónica), aunque es la que menos asistencia médica demanda, no tiene una base hereditaria y afecta más frecuentemente a mujeres (3:1). El diagnóstico es complejo pues se basa en la exclusión de otro tipo de cefaleas idiopáticas o secundarias. La mayoría de las cefaleas listadas por la IHS pueden manifestarse igual que una cefalea tensional. Por su frecuencia e importancia destaca la sinusitis crónica que puede simular en gran medida esta cefalea, no obstante, para su diagnóstico no es suficiente la simple presencia de un engrosamiento de la mucosa del seno en las exploraciones radiológicas, sino que se debe acompañar de los signos clínicos típicos de esta dolencia. De forma similar, el simple hallazgo de una espondilosis cervical, no debe justificar el diagnóstico de una cefalea de origen cervicogénico. Estudios recientes indican que la inciden-

cia de cefalea en pacientes con este trastorno de la columna cervical es el mismo que en el grupo control que no tiene esta afectación. Otras cefaleas que pueden comportarse de forma similar a la tipo tensional son aquellas producidas por los cambios en la presión intracraneal, las que se producen por hipotensión del LCR son fáciles de diagnosticar por su acentuación en bipedestación y mejoría con el decúbito. Se producen por la presencia de fístulas de LCR desencadenadas bien de forma espontánea, por procesos infiltrati-

**TABLA 1**  
**Criterios diagnósticos para cefalea tipo tensional en su variante crónica**

<b>A</b>	• Al menos 10 episodios de cefalea que cumplan los criterios B-D. Duración de más de 15 días al mes o 180 días al año
<b>B</b>	• La cefalea dura un mínimo de 30 minutos y un máximo de 7 días
<b>C</b>	• Al menos 2 de las siguientes características -En banda sin pulsatilidad -Intensidad leve-moderada sin interferir actividad normal -Localización bilateral -No agravado por esfuerzos físicos "rutinarios"
<b>D</b>	• Ambas características: -Sin vómitos, en la variante crónica puede haber náuseas. -Fotofobia y sonofobia no están ambos juntos.
<b>E</b>	• Al menos uno de los siguientes -Historia, anamnesis y exploración física no sugieren uno de los siguientes desordenes: 1. cefalea post-TCE 2. trastornos vasculares 3. enfermedades intracraneales no-vasculares 4. abuso o deshabitación de sustancias 5. infecciones no del SNC 6. trastornos metabólicos 7. enfermedades de estructuras faciales como cuello, ojos, oídos, dientes, nariz y senos paranasales, boca u otras estructuras similares -La historia, anamnesis y exploración física sugiere una patología que es descartada por las exploraciones complementarias pertinentes. -Alguno de estas enfermedades coexiste con la cefalea de tipo tensión pero no se correlaciona el perfil temporal estando claramente delimitadas.

Correspondencia:  
Juan Carlos Gómez Esteban  
Servicio y Cátedra de Neurología  
Hospital de Cruces  
Pz Cruces s/n  
48903 Barakaldo. Bizkaia  
Correo electrónico: jgomez@meditex.es

vos, tras traumatismos craneoencefálicos o al realizar exploraciones agresivas, como las punciones lumbares. También es de suma importancia, por sus posibles secuelas visuales, descartar una hipertensión intracraneal (HTIC) benigna. Hay una serie de claves que ayudan en su diagnóstico: afecta sobre todo a mujeres obesas (93%), suele ser pulsátil y asociar frecuentemente náuseas, una gran mayoría de los enfermos van a presentar sintomatología visual en forma de eclipses visuales (71%) que son disminuciones paroxísticas de la agudeza visual que suelen coincidir con maniobras en las que aumenta la presión intracraneal (PIC) como la tos y el valsalva. En la exploración del fondo de ojo vamos a observar papiledema sin encontrar alteraciones en las pruebas radiológicas. En el 31% la pérdida de agudeza visual va a ser permanente e irreversible, de ahí la importancia del diagnóstico precoz.

En función de su duración se distinguen una variante episódica de la cefalea tipo tensión, definida por una duración inferior a 15 días al mes o 180 días al año y otra variante crónica, objeto de esta revisión, definida por aquella que dura más de 15 días al mes o más de 180 días al año. También habría otra subclasificación en función de si aparece en la exploración dolor o tumefacción al palpar la musculatura pericraneal.

En la exploración se debe empezar por el fondo de ojo, observando la papila y la presencia de pulso venoso que a menudo descartan una hipertensión intracraneal. A continuación se palpan las inserciones musculares sobre todo en cuello-occipucio y región temporal, también es importante palpar las arterias temporales, particularmente en ancianos, observando si aparece dolor, y sobre todo si tienen pulso para descartar una arteritis de la temporal. En la cara se deben buscar disfunciones en la articulación temporo-mandibular así como dolor a la presión en los senos maxilares y frontales que orienten a una patología inflamatoria rino-sinusal. Finalmente se realizará una exploración neurológica en detalle para descartar lesiones estructurales como accidentes cerebrovasculares o procesos infiltrativos.

La cefalea de tensión crónica tiene una clara proximidad etiopatogénica con la denominada fibromialgia, trastorno crónico caracterizado por contractura muscular generalizada y dolor. El 52.8% de los pacientes que sufren esta dolencia tienen cefalea tipo tensión. Ambas entidades también han sido relacionadas con el síndrome de fatiga crónica, ya que comparten síntomas comunes como fatiga, insomnio, depresión o cefalea.

El pronóstico es variable. Se ha visto que aquellos que tienen formas episódicas muy frecuentes tienen más facilidad de desarrollar formas crónicas. Los dos factores más importantes a la hora de cronificar este tipo de cefalea son el estrés psicosocial y el abuso de analgésicos. Se define como abuso de analgésicos (Estos criterios son válidos para cualquier tipo de cefalea):

- Uso de analgésicos simples (>1000 mg AAS/paracetamol) >5 días por semana
- Combinación de analgésicos múltiples (cafeína, barbiturato) (>3 comprimidos día) >3 días /semana
- Narcóticos (>1 comprimido/día) >2 días /semana.
- Ergotamina (1 mg vía oral ó 0.5 mg vía rectal) > 2 días /semana

A la hora de enfocar a estos pacientes, desde el punto de vista terapéutico, es muy importante incidir en lo pernicioso de la automedicación y abuso de analgésicos. Se evitará en la medida de lo posible la toma de opiáceos, bien es cierto que con frecuencia esta situación ya se ha producido cuando estos pacientes consultan a un especialista. Por ello la primera medida puede ser la de retirar fármacos o cambiarlos. También es importante preguntar al enfermo sobre sus hábitos de vida, estrés laboral y problemas psicológicos. Se debe aconsejar al paciente sobre la adecuación del modelo de vida, complementado por técnicas de relajación, biofeedback (3-6 sesiones), psicoterapia, acupuntura, yoga u otras medidas no farmacológicas. En cuanto al tratamiento farmacológico, casi todos los pacientes que manifiestan una cefalea tipo tensión crónica, van a necesitar tratamiento profiláctico. La amitriptilina (10-75 mg/noche) es el fármaco más eficaz. En el caso de que no tolere dicha medicación o presente contraindicaciones (glaucoma, prostatismo, trastornos del ritmo cardíaco) se pueden usar inhibidores de la recaptación de serotonina. No se aconseja usar ansiolíticos (benzodiazepinas, meprobamato) salvo que presenten gran componente de tensión muscular. En este subgrupo de pacientes se ha demostrado que las inyecciones de toxina botulínica en los puntos más dolorosos de la musculatura pericraneal, tiene efectos beneficiosos transitorios. Para tratar los síntomas utilizaremos AINES del tipo del Naproxeno, AAS o paracetamol, evitando los medicamentos que combinan AINES con otro tipo de fármacos como opiáceos, cafeína, etc..

### Migraña transformada

Es la forma más frecuente de cefalea crónica diaria (CCD), representa entre el 60-70% de los casos. Es mucho más frecuente en mujeres de edad media (entre 30-45 años). Esta cefalea se presenta en pacientes que previamente presentaban migrañas episódicas. Se estima que hasta el 8% de los pacientes migrañosos pueden desarrollar este tipo de cefalea. El factor más frecuentemente relacionado con su cronificación, al igual que en la cefalea tipo tensión, es el uso y abuso de analgésicos (ver apartado anterior). No obstante entre un 20-30% de los pacientes pueden no presentar consumo excesivo. De forma concomitante, muchos pacientes presentan sintomatología depresiva, que mejora o desaparece con la resolución de la cefalea.

La cefalea aunque más continua, es de menor intensidad que en las crisis migrañosas. En muchas ocasiones simula una cefalea tipo tensión crónica, aunque conserva alguna característica de las jaquecas: localización hemicraneal, pulsatilidad, precipitación con la menstruación, etc. Intercalado con este patrón diario, muchos pacientes asocian verdaderas crisis migrañosas.

Lógicamente, en el diagnóstico de esta y de todas las cefaleas primarias, es necesario excluir mediante la realización de una adecuada historia clínica y un examen neurológico y general apropiado, la existencia de cualquier tipo de causa de cefalea sintomática. La exploración de estos pacientes suele ser normal, salvo que frecuentemente asocian sensibilidad dolo-

TABLA 2  
**Criterios de la IHS para el diagnóstico de migraña transformada MT**

<b>A</b>	• Cefalea diaria o casi diaria (>15 días/mes) durante >1 mes
<b>B</b>	• Duración del dolor mayor a 4 horas diarias, sin tratamiento.
<b>C</b>	• Al menos una de las siguientes características -Historia de migraña episódica según los criterios de la IHS -Historia de aumento de la frecuencia de la cefalea y disminución de los síntomas migrañosos durante al menos 3 meses. -La cefalea actual cumple los criterios de la IHS para migraña episódica, salvo por la duración del dolor.
<b>D</b>	• Al menos una de las siguientes características -No aparición de indicios de procesos orgánicos incluidos en otra clasificación (5-11) -Si se sospecha alguno de estos procesos pueden descartarse con las investigaciones apropiadas. -Si alguno de estos procesos está presente, el inicio de la cefalea no está en relación temporal con este proceso.

rosa a la presión en las estructuras pericraneales (músculos, fascias, tendones...).

El tratamiento de este tipo de cefaleas, al igual que en la cefalea tipo tensión, es complicado, pues la mayoría de los enfermos presenta un abuso de analgésicos. La supresión de los analgésicos suele originar un cuadro de cefalea de rebote intensa, acompañado con frecuencia de náuseas, vómitos, ansiedad y otros síntomas menos habituales como calambres, diarrea, temblor, taquicardia, etc. En muchas ocasiones es necesario ingresar a estos pacientes para iniciar la deshabitación. Para prevenir la aparición de este síndrome de abstinencia se utilizan AINES por vía oral o rectal (Naproxeno 500 mg/8 horas, Ibuprofeno 400-600 mg/12 horas y Ketoprofeno 50 mg/8 horas), se deben administrar de forma continuada durante al menos 15 días, asociando a fármacos protectores gástricos. Si asocia síntomas de ansiedad se recomienda la utilización de neurolépticos de baja potencia como el tiapride o la levomepromacina, evitando en la medida de lo posible la asociación de benzodiazepinas. Si en este contexto aparece cefalea, el fármaco más eficaz es el sumatriptan en administración subcutánea (6mg sc). Además utilizaremos medidas de soporte y fármacos antieméticos.

Junto al tratamiento de deshabitación hay que iniciar tratamiento profiláctico. Es recomendable la utilización de antidepresivos, ya que ayudan a controlar el síndrome de abstinencia y a modular la nocicepción central alterada. Una vez superada esta fase inicial se debe plantear el inicio de tratamiento preventivo con calcioantagonistas (cinarizina, flunaricina, nicardipina), B bloqueantes (propranolol, atenolol, nadolol), Gabaérgicos (a. valproílico, gabapentina) durante 4-6 meses después del episodio inicial. El objetivo final es revertir esta cefalea crónica diaria en una migraña episódica. Una vez alcanzada esta situación utilizaremos el tratamiento convencional para yugular las crisis migrañosas (AINES, triptanes, ergóticos) haciendo hincapié en el uso racional de estos fármacos, evitando su abuso.

### Cefalea diaria persistente y nueva

Se trata de un tipo de cefalea crónica diaria, que se caracteriza porque presenta las mismas características desde un inicio. El inicio suele ser abrupto, en un plazo no superior a tres días. A menudo los enfermos recuerdan con gran nitidez el día en el que debutó la cefalea, no describen con anterioridad cefaleas episódicas (migraña,

cefalea tipo tensión), tampoco describen traumatismos craneoencefálicos previos o estrés psicológico, que justifique el inicio de la cefalea. Este tipo de cefalea no es reconocido por la IHS aunque se han recomendado una serie de criterios clínicos para su diagnóstico (tabla 3). Muchos de

**TABLA 3**  
**Criterios para el diagnóstico de cefalea crónica nueva y persistente**

<b>A</b>	Frecuencia superior a 15 días al mes, con duración superior a 1 mes
<b>B</b>	Duración superior a 4 horas diarias
<b>C</b>	No antecedentes de cefalea tipo tensión o migraña episódica
<b>D</b>	Inicio agudo que se desarrolla en menos de 3 días
<b>E</b>	Localización constante del dolor
<b>F</b>	No encuentra criterios para hemicránea continua
<b>G</b>	Causas de cefalea secundaria han sido excluidas

estos enfermos, presentan los días previos una infección viral, por ello algunos autores han postulado que el origen de esta cefalea estaría en los cambios inmunitarios inducidos por algún virus, particularmente el Epstein-Barr.

Estos enfermos suelen ser más jóvenes que aquellos que presentan una cefalea crónica que cumple criterios para migraña transformada. En algunas series la frecuencia de esta cefalea alcanza el 15-20% de las cefaleas crónicas diarias.

### Hemicránea continua

Es una cefalea poco común, que se caracteriza por la localización hemicraneal, continua aunque fluctuante, la intensidad es leve moderada no obligando al paciente a abandonar sus quehaceres y, sobre todo, la excelente respuesta a Indometacina. Las exacerbaciones del dolor son a menudo asociadas a sintomatología disautonómica como ptosis, lagrimeo, sudoración y miosis. Los enfermos suelen describir una sensación de cuerpo extraño en el ojo ipsilateral. La localización es hemicraneal y raramente cambia de sitio. La baja incidencia de este tipo de cefalea dificulta el estudio de su fisiopatología, que por el momento está por dilucidar. En la tabla 4 figuran los criterios diagnósticos.

En función del perfil temporal, algunos autores reconocen tres subtipos: una variante con episodios de remisión en los que el paciente esta libre de cefalea (15%), otra variante en los que el enfermo desde un inicio tiene una cefalea hemicraneal crónica sin periodos de remisión

**TABLA 4**  
**Criterios diagnósticos para hemicránea continua**

<b>A</b>	• Presencia, al menos, de un mes
<b>B</b>	• Localización estrictamente unilateral.
<b>C</b>	• El dolor presenta las siguientes características: –Continuo pero fluctuante en intensidad –Intensidad moderada, aunque puede alternar con periodos de intensidad mayor –Ausencia de factores o mecanismos precipitantes
<b>D</b>	• Respuesta excelente a Indometacina –Uno de los siguientes signos disautonómicos en relación con las exacerbaciones del dolor –Irritación conjuntival –Lagrimeo –Congestión nasal –Rinorrea –Ptosis palpebral –Edema palpebral
<b>E</b>	• Pueden asociar cefaleas más intensas y discapacitantes.
<b>F</b>	• Se han descartado cefaleas secundarias u orgánicas

(53%) , y una última en la que inicialmente presentaba episodios de remisión pero estos han desaparecido con el paso del tiempo (32%).

El tratamiento, como se ha mencionado con anterioridad, es la administración de Indometacina, se utilizan dosis que oscilan entre 25 y 250 mg. Es recomendable asociar protectores gástricos ya que se trata de un fármaco muy gastroerosivo. Si no responde a dicho fármaco dudaremos del diagnóstico.

### ¿Por qué no responde nuestro paciente a un tratamiento aparentemente correcto?

A menudo, en las consultas se atienden a pacientes que no responden a los tratamientos convencionales para las cefaleas primarias. Este hecho es particularmente frecuente en los pacientes que presentan cefalea crónica diaria. En estos pacientes las exploraciones complementarias no nos van a dar información adicional y se va a enturbiar la relación médico paciente, ante la imposibilidad de ofrecerles una solución a su problema.

Las causas más frecuentes del fracaso terapéutico son: un diagnóstico equivocado, la presencia de cefalea de rebote o abuso de analgésicos, que el paciente no evite las situaciones desencadenantes, que la medicación seleccionada no sea la adecuada o no se administre a la dosis terapéutica, que no se hayan tratado otras dolencias que agraven o precipiten la cefalea ( anemia, sinusitis, depresión...) o finalmente que no se hayan cumplido la expectativas del enfermo.

En estos pacientes es muy importante profundizar en la anamnesis y exploración neurológica. Se les debe interrogar sobre el antecedente de traumatismos craneoencefálicos que a menudo son causa de cronificación y refractariedad de una cefalea. Es importante preguntarles sobre las situaciones que desencadenan o agravan la cefalea. Si esta es mayor en decúbito o al contrario en bipedestación, si se exacerba con los movimientos de flexión del cuello, si aumenta con el valsalva o esfuerzo físico etc. Siempre hay que tener en cuenta la presencia de alteraciones en la presión del LCR. En estos casos estaría indicada la realización de una punción lumbar con medida de presión, siempre que las exploraciones neuroradiológicas sean normales. Hay que interrogarles sobre nuevas terapias o cambios en la posología, la presencia de nuevas enfermedades que puedan asociar cefalea o trastornos hormonales. La exposición a ambientes “contaminados” particularmente en fumadores pasivos, u otras sustancias más tóxicas como el monóxido de carbono pueden desencadenar o agravar la cefalea. Los procesos oro-rino-sinusales, están frecuen-

temente asociados a cefalea refractaria. Hay que interrogar a los pacientes sobre patología dentaria, extracciones recientes, rinitis o dolor en región facial. Una patología que frecuentemente causa cefalea refractaria es la sinusitis esfenoidal, por lo que siempre hay que tenerla en cuenta en estos enfermos. Del mismo modo, descartaremos trastornos oftalmológicos como el glaucoma, o enfermedades del oído, como las otitis medias. Hay que preguntarle al paciente sobre el antecedente de lesiones cutáneas, particularmente la borreliosis (eritema crónico migrans) y el herpes (dermatitis vesiculosa), ambas infecciones están frecuentemente asociadas con cefalea. Finalmente hay que considerar trastornos del sueño (apneas, cambios en ritmos circadianos por motivos laborales...). La cefalea, en estos pacientes, suele ser más intensa por las mañanas, suelen asociar astenia, fatiga e hipersomnia diurna.

En muchas ocasiones estos enfermos deben ser remitidos a una unidad específica de cefaleas o ingresados en un centro hospitalario. El abordaje de estos pacientes debe hacerse globalmente. La

participación del médico de atención primaria es fundamental. Este debe asesorar al enfermo y prevenirle sobre los efectos de la automedicación y abuso de analgésicos, así como detectar patologías psiquiátricas u otras dolencias concomitantes. Estas son, como ya hemos mencionado con anterioridad, las causas más claramente relacionadas con la cronificación y refractariedad de una cefalea.

#### Referencias bibliográficas

1. Zarranz JJ; editor: Cefalea y algias craneofaciales. En Neurología (2ª edición). Madrid: Harcourt, Brace, 1998; 145-172.
2. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in Clinical Practice. St. Louis: Mosby-Year Book; 1998: 101-114.
3. Silberstein SD, Lipton RB. Chronic Daily Headache. In: Goadsby PJ, Silberstein SD (eds). Headache (Blue Book of Practical Neurology). Boston: Butterworth-Heinemann, 1997.
4. Mathew NT. Drug-induced headache. Neurol Clin 1990; 8: 903-912.
5. Saper JR. Chronic headache syndromes. Neurol Clin 1989; 7: 387-412.