

Introducción

La cefalea es una de las primeras 10 causas de consulta para el médico clínico. El 90% de los pacientes que consultan por este síntoma tendrán una cefalea primaria y, dentro de éstas, la mayoría serán tensionales (38% a 78%), seguidas por las migrañas (12% a 18%).

Los objetivos de este documento son, por un lado, sistematizar la evaluación de los pacientes con cefalea para poder diferenciar las primarias de las secundarias y, por otra parte, describir las cefaleas primarias más frecuentes y su tratamiento.

Evaluación del Paciente que Consulta por Cefalea

La evaluación está orientada, en principio, a distinguir las cefaleas primarias de las secundarias, ya que estas últimas requieren otro enfoque diagnóstico y terapéutico y tienen distinto pronóstico. Además, es importante hacer un correcto diagnóstico del tipo de cefalea primaria para poder optimizar su tratamiento. Las cefaleas primarias son aquellas que no pueden ser atribuidas a un desorden subyacente, mientras que las secundarias tienen una causa específica.

Anamnesis

El primer paso es una correcta anamnesis de la cefalea. Debe incluir, al menos, los siguientes tópicos:

- Edad, sexo y ocupación
- Edad de comienzo de los síntomas:
 - En la infancia o adolescencia: migraña
 - En la adultez: cefalea tensional.
 - Más de 3 meses de evolución, cefalea no progresiva: probablemente se trate de una cefalea primaria
 - Menos de 3 meses de evolución, progresiva: se debe sospechar cefalea secundaria.
- Antecedentes familiares:
 - Se calcula que cerca del 60% de las personas con migraña tienen antecedente familiar de este mismo tipo de cefalea.
- Antecedentes personales:
 - Fundamentalmente de patologías que aumenten el riesgo de lesión cerebral (enfermedad oncológica, inmunosupresión como en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], etc.

Copia N°:	Representante de la Dirección:		Fecha:
	<u>Revisó</u>	<u>Aprobó</u>	
<u>Nombre</u>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend	
<u>Firma</u>			
<u>Fecha</u>	11/09	26/09	

- Frecuencia de la cefalea
- Intensidad de la cefalea:
 - En general, no hay relación entre la intensidad de la cefalea y su gravedad.
 - Se pueden utilizar escalas para medir el dolor como la VAS (*Visual Analogue Scale*).
 - Suele ser útil indagar acerca de cómo interfiere la cefalea en distintas actividades. La cefalea tensional es la menos invalidante de las cefaleas primarias.
- Duración de cada episodio de dolor:
 - Las migrañas suelen durar menos de 72 horas, cuando superan esta duración se está en presencia de un estatus migrañoso.
- Modo de instauración:
 - La cefalea de inicio hiperagudo, intensidad y magnitud máximas de inicio (cefalea en estallido), debe hacer sospechar cefalea secundaria a hemorragia subaracnoidea.
- Localización del dolor:
 - Hemicraneana en el caso de la migraña.
 - Holocraneana o en vincha en la cefalea tensional.
 - Periocular en la cefalea en racimo.
- Características del dolor:
 - Pulsátil en el caso de la migraña.
 - Opresiva en el caso de la cefalea tensional.
- Factores que modulan el dolor:
 - Alimentos, medios físicos, etc.
- Hábitos tóxicos y consumo de analgésicos:
 - Consumo de alcohol, tabaquismo.
 - Uso/abuso de analgésicos: fundamentalmente de ergotamina.
- Síntomas acompañantes:
 - Fotofobia, sonofobia, náuseas y vómitos en la migraña.
 - Se debe tener en cuenta que la cefalea tensional puede presentar fotofobia, generalmente leve.
 - Aura: un aura típica sucede antes o durante la primera parte de la fase de dolor de las migrañas y tiende a tener una progresión gradual en minutos. Puede ser de distintos tipos: visual (luces centellantes o flashes generalmente en la periferia del campo visual, escotomas), trastorno del lenguaje (afasia), parestesias o paresias.

Examen Físico

El segundo paso en la evaluación debe ser el examen físico completo, en el que se dará jerarquía al examen neurológico general que incluye el fondo de ojos. La presencia de signos neurológicos focales como compromiso de pares craneanos (edema de papila, anisocoria, hemianopsia), déficit motor, trastornos de la sensibilidad, alteraciones de los reflejos o las funciones mentales superiores (afasias, apraxias, alteraciones conductuales) obliga a descartar en forma urgente causas secundarias.

Algunas maniobras adicionales pueden ser realizadas como suplemento del examen neurológico ya que permiten identificar ciertas etiologías, por ejemplo:

- Palpación de cabeza y cuello: permite hallar alodinia cutánea, signos de arteritis de la temporal, contractura muscular.
- Examen de la articulación temporomandibular
- Percusión sobre el nervio occipital: puede producir dolor paroxístico en la neuralgia del occipital.

“Banderas Rojas” para Cefalea Secundaria

Algunos datos obtenidos de la anamnesis y el examen físico funcionan como “banderas rojas” (signos de alarma) que deben hacer sospechar cefalea secundaria; estos son:

- Edad de inicio > 50 años.
- “Cefalea nueva”, “primera cefalea”, “la peor cefalea”.
- Cambio significativo de las características de una cefalea previa o habitual.
- Cefalea que se localiza siempre en el mismo lado.
- Aumento progresivo de la gravedad o frecuencia de una cefalea.
- Cefalea que no responde al tratamiento habitual.
- Enfermedad sistémica conocida que predispone a cefaleas secundarias (cáncer, infección por VIH).
- Signos de enfermedad sistémica (fiebre, pérdida de peso).
- Cefalea post-traumática.
- Síntomas neurológicos inconsistentes con aura típica.
- Alteraciones en el examen neurológico.

Exámenes Complementarios

Como regla general se indican a aquellos pacientes que presentan banderas rojas que sugieren la presencia de una cefalea secundaria.

- **Neuroimágenes:** La tomografía computada (TAC) de cerebro continúa siendo la imagen de primera elección. Debe considerarse su realización ante la aparición de las “banderas rojas” para cefalea secundaria, como se mencionó anteriormente. En algunas situaciones especiales se pueden considerar las imágenes por resonancia magnética (IRM), incluyendo la angiografía por resonancia magnética; por ejemplo, ante cefaleas breves producidas por la tos, estornudos u otra maniobra de Valsalva, dado que esta situación hace sospechar lesión de fosa posterior, malformación de Arnold-Chiari o aneurisma intracraneal. La IRM también es de elección para pacientes con sospecha de lesión ocupante de espacio, como aquellos con antecedente de infección por VIH o enfermedad oncológica. En este último caso, se debe pedir el estudio con contraste.
- **Punción lumbar:** debe realizarse ante sospecha de meningitis aguda o de hemorragia subaracnoidea (es el método patrón para el diagnóstico de ambas patologías). En caso de examen neurológico anormal, se recomienda la realización de una TAC de encéfalo previa a la punción lumbar.

Cefaleas Primarias

Una vez que se ha descartado la presencia de una cefalea secundaria, la evaluación debe enfocarse en identificar el tipo de cefalea primaria. Para esto, la clasificación más ampliamente utilizada es la Clasificación Internacional de Cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefalea, en su segunda edición publicada en 2004 (ICHD-2).

El diagnóstico se basa en las características de la cefalea y, de acuerdo a ellas, se indicarán los tratamientos abortivos (para suprimir cada episodio de dolor) y preventivos (para disminuir la frecuencia y gravedad de la cefalea).

Migraña

Este tipo de cefalea es más frecuente en mujeres que en hombres, con tasas de prevalencia de 18% y 6%, respectivamente.

Criterios diagnósticos

Migraña sin aura

- A. Al menos 5 ataques que cumplan los criterios B-D.
- B. Ataques de cefalea que duren 4 a 72 horas (sin tratamiento o con tratamiento no exitoso)
- C. La cefalea tiene al menos 2 de las siguientes características:
 - a. Localización unilateral
 - b. Calidad pulsátil
 - c. Intensidad moderada o severa
 - d. Agravada por o que causa evitación de la actividad física de rutina (p. ej. caminar o subir escaleras)
- D. Durante la cefalea al menos una de las siguientes:
 - a. Náuseas y/o vómitos
 - b. Fotofobia y fonofobia
- E. No atribuida a otro desorden

Migraña con aura

- A. Al menos 2 ataques que cumplan los criterios B-D.
- B. Aura que consiste en al menos uno de los siguientes pero no debilidad motora:
 - a. Síntomas visuales completamente reversibles incluyendo síntomas positivos (líneas, manchas o luces centelleantes).
 - b. Síntomas sensitivos completamente reversibles incluyendo síntomas positivos (p.ej. agujas y alfileres) y/o negativos (adormecimiento).
 - c. Disfasia completamente reversible.
- C. Al menos 2 de los siguientes:
 - a. Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensitivos unilaterales.
 - b. Al menos un síntoma de aura se desarrolla gradualmente durante ≥ 5 minutos y/o distintos síntomas de aura ocurren en sucesión durante ≥ 5 minutos.
 - c. Cada síntoma dura ≥ 5 minutos y ≤ 60 minutos.
- D. Cefalea que cumple los criterios B-D para migraña sin aura que empieza durante el aura o sigue al aura dentro de los 60 minutos.
- E. No atribuida a otro desorden.

Se diagnostica migraña crónica cuando la frecuencia de migraña es mayor que 15 días al mes (tipo tensión y/o migraña) y cuando, en 8 de esos días, los episodios de cefalea cumplen criterios de migraña y responden al tratamiento con triptanes o ergotamina por más de 3 meses. Cuando está en consideración este diagnóstico, se debe descartar la cefalea por abuso de medicación (se sospecha cuando un paciente usa tratamientos abortivos durante más de 2 días por semana en promedio).

Tratamiento

- *Tratamiento abortivo:* los antiinflamatorios no esteroides (AINE), antieméticos, triptanes y dihidroergotamina son los principales, siendo estos 2 últimos específicos para migraña. Entre los triptanes, en nuestro país se encuentran disponibles naratriptán, sumatriptán y zolmitriptán (Tabla 1). Se debe advertir a los pacientes que los triptanes pueden producir efectos adversos transitorios como opresión torácica o en la garganta, rubicundez, sensación de calor, mareo, náuseas, somnolencia y parestesias. Se deben evitar en pacientes con antecedente de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio y enfermedad vascular periférica. Otras contraindicaciones relativas incluyen hipertensión no controlada, tabaquismo, terapia de reemplazo hormonal, embarazo y lactancia. En pacientes que no responden a triptanes ni a AINE, es razonable el uso de dihidroergotamina como siguiente opción. Tiene contraindicaciones similares a los triptanes.
- *Tratamiento preventivo:* debe ser considerado cuando la migraña se presenta con alta frecuencia o interfiere significativamente con la rutina diaria del paciente, cuando están contraindicados los tratamientos abortivos o bien cuando estos fármacos fallaron, tienen efectos adversos o se asocian con abuso. Entre los fármacos que pueden ser usados se citan los betabloqueantes (propranolol, atenolol, nadolol, metoprolol, timolol), los bloqueantes de canales de calcio (verapamilo, flunarizina), los antiepilépticos (topiramato, divalproato de sodio, gabapentin) y los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina) (Tabla 2).

Hay múltiples factores a considerar para elegir una medicación; el primero es que su eficacia esté probada. El propranolol, topiramato, divalproato de sodio y amitriptilina tienen eficacia probada y son considerados tratamientos de primera línea.

Como regla general, y esto es aplicable al tratamiento preventivo de otras formas de cefalea, la dosis de inicio de todas las medicaciones preventivas debe ser baja y se titula lentamente hasta lograr la dosis mínima efectiva. Un objetivo de tratamiento razonable es disminuir la frecuencia e intensidad de la migraña (no eliminarla). Todas las pruebas con medicación preventiva deben durar al menos 3 meses y se debe alcanzar la dosis terapéutica antes de tomar una decisión acerca de la eficacia. Se considera que un tratamiento preventivo es eficaz si disminuye la frecuencia de migraña en un 50%. Aunque la monoterapia es preferible, en casos refractarios se puede indicar politerapia.

Cefalea Tipo Tensión

Es la forma más común de cefalea primaria, con una prevalencia a lo largo de la vida del 88% en mujeres y 68% en hombres. El rango etario de presentación es muy amplio.

Criterios Diagnósticos

- A. Al menos 10 episodios que ocurren < 1 día al mes en promedio (< 12 días por año) y que cumplen los criterios B-D.
- B. Cefalea que dura de 30 minutos a 7 días.
- C. La cefalea tiene al menos 2 de las siguientes características:
 - a. Localización bilateral
 - b. Calidad opresiva (no pulsátil)
 - c. Intensidad leve o moderada
 - d. No se agrava por actividad física de rutina como caminar o subir escaleras
- D. Los 2 de los siguientes:
 - a. Sin náuseas ni vómitos (puede haber anorexia)
 - b. No más de uno de fotofobia o fonofobia.
- E. No atribuida a otro desorden

De acuerdo a su frecuencia, este tipo de cefalea se puede clasificar en:

- Cefalea tipo tensión episódica infrecuente: un promedio de menos de un día de dolor por mes y no más de 10 cefaleas en el año.
- Cefalea tipo tensión episódica frecuente: 1 a 14 días de cefalea en el mes.
- Cefalea tipo tensión crónica: más de 15 días de cefalea en el mes.

Tratamiento

- *Tratamiento abortivo*: el ácido acetilsalicílico, el paracetamol y los AINEs han demostrado ser efectivos para el tratamiento de este tipo de cefalea.
- *Tratamiento preventivo*: se debe considerar para aquellos pacientes con alta frecuencia de dolor o con cefalea discapacitante. Los antidepresivos tricíclicos (entre ellos, la amitriptilina) son el tratamiento de primera línea. Otras opciones que han probado ser eficaces son topiramato, divalproato de sodio, mirtazapina y tizanidina.

Cefaleas Autonómicas Trigeminales

Son cefaleas caracterizadas por dolor de cabeza unilateral asociado con trastornos autonómicos ipsilaterales. Estos últimos incluyen lagrimeo, inyección conjuntival, ptosis y/o rinorrea. En esta categoría se incluyen: cefalea en racimo, hemicrania paroxística y SUNCT (*short-acting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing*) (Tabla 3).

Cefalea en Racimo

Es la más común de las cefaleas autonómicas trigeminales y es más frecuente en hombres (relación hombre/mujer 3:1).

Criterios diagnósticos

- A. Al menos 5 ataques que cumplan los criterios B-D.
- B. Dolor grave o muy grave orbitario, supraorbitario y/o temporal que dura 15 a 180 minutos sin tratamiento.
- C. La cefalea se acompaña de al menos 1 de los siguientes:
 - a. Inyección conjuntival y/o lagrimeo ipsilateral.
 - b. Congestión nasal y/o rinorrea ipsilateral.
 - c. Edema palpebral ipsilateral.
 - d. Sudoración facial o en la frente ipsilateral.
 - e. Miosis y/o ptosis ipsilateral
 - f. Sensación de agitación o desasosiego.
- D. Los ataques tienen una frecuencia de 1 día por medio a 8 por día.
- E. No atribuida a otro desorden.

Dado que se han descrito cefaleas “tipo racimo” secundarias a neoplasias intracraneales, enfermedad de senos paranasales y enfermedad cerebrovascular, se recomienda realizar IRM de encéfalo con gadolinio al momento del diagnóstico de este tipo de cefalea.

La cefalea en racimo típicamente ocurre en series llamadas “período *cluster*” que pueden durar semanas a meses. Durante estos periodos la frecuencia de cefalea tiene gran variabilidad pudiendo ir de un ataque día por medio a 8 ataques al día. Luego de una serie de episodios puede haber meses a años de remisión. Estos períodos, además, suelen mostrar variación estacional.

La cefalea en racimo crónica se define como la presencia de ataques recurrentes durante más de un año sin remisión o con periodos de remisión menores a 1 mes. Corresponde al 10% a 15% de las cefaleas en racimo.

- *Tratamiento abortivo:* el sumatriptán subcutáneo y el oxígeno son los tratamientos de elección. Se debe administrar oxígeno al 100% con una mascarilla con reservorio a 7 l/min por 15 minutos. A los pacientes que no responden a estos tratamientos se les puede indicar dihidroergotamina.
- *Tratamiento preventivo:* es de 2 tipos, transición y mantenimiento. Los preventivos de transición se usan por días a semanas con el objetivo de detener el período *cluster* e inducir remisión. Los corticoides son los fármacos más efectivos a tal fin, aunque no hay una dosis estandarizada de tratamiento. Los esquemas más usados son:
 - Meprednisona vía oral, en dosis de inicio de 80 mg con disminución paulatina en 18 a 21 días.
 - Dexametasona 4 mg 2 veces al día durante una semana, seguido de 4 mg/día durante 1 semana.

Los tratamientos de mantenimiento se usan para mantener la remisión e incluyen verapamilo, litio, divalproato de sodio y topiramato. El verapamilo constituye la primera línea de tratamiento en términos de eficacia y perfil de efectos adversos. Se comienza con dosis de 80 a 240 mg/día y se aumenta de a 80 mg por semana si es necesario. Es recomendable realizar controles con electrocardiograma durante la titulación, en especial si se excede la dosis de 240 mg/día.

Cefalea Crónica Diaria

Comprende a un grupo heterogéneo de cefaleas que afecta al 4% a 5% de la población. Incluye la migraña crónica, la cefalea tipo tensión crónica, la hemicraneal continua y la cefalea nueva persistente diaria. Las 2 primeras ya fueron definidas en los apartados respectivos.

Los criterios diagnósticos para hemicraneal continua son:

- A. Cefalea durante más de 3 meses que cumple los criterios B-D.
- B. Todas las características siguientes:
 - a. Dolor unilateral sin cambio de lado.
 - b. Diaria y continua, sin periodos libres de dolor.
 - c. Intensidad moderada, pero con exacerbaciones de dolor severo.
- C. Al menos uno de los siguientes trastornos autonómicos sucede durante la exacerbación y en forma ipsilateral al dolor:
 - a. Inyección conjuntival y/o lagrimeo
 - b. Congestión nasal y/o rinorrea
 - c. Ptosis y/o miosis
- D. Respuesta completa a dosis terapéuticas de indometacina.
- E. No atribuida a otro desorden.

Los criterios diagnósticos para cefalea nueva diaria persistente son:

- A. Cefalea que dentro de los 3 días de inicio cumple los criterios B-D.
- B. La cefalea está presente diariamente y no remite por > 3 meses.
- C. Al menos 2 de las siguientes características de dolor:
 - a. Localización bilateral
 - b. Calidad opresiva (no pulsátil)
 - c. Intensidad leve o moderada
 - d. No se agrava por la actividad física de rutina como caminar o subir escaleras
- D. Los 2 de los siguientes:
 - a. No más de uno de: fotofobia, fonofobia o náuseas leves.
 - b. Sin náuseas moderadas o severas ni vómitos.
- E. No atribuida a otro desorden

Cuando se evalúa una cefalea crónica de este tipo se debe recordar que la utilización excesiva de analgésicos puede empeorar la frecuencia y la intensidad de la cefalea. La cefalea por abuso de medicación es considerada una cefalea secundaria y aparece en contexto de una cefalea primaria precedente. Su prevalencia es de 1% a 1.4% en la población general y tiende a ser mayor en mujeres de alrededor de 50 años. Los criterios diagnósticos para este trastorno son:

- A. Cefalea presente durante ≥ 15 días al mes que cumple los criterios B y C.
- B. Uso excesivo regular por ≥ 3 meses de uno o más drogas para el tratamiento agudo de cefalea.
Ergotamina, triptanes, opioides o medicaciones que combinan analgésicos ≥ 10 días al mes en forma regular durante > 3 meses.
Analgésicos simples o cualquier combinación de ergotamina, triptanes, analgésicos, opioides ≥ 15 días al mes en forma regular durante > 3 meses sin uso excesivo de ninguna clase sola.
- C. La cefalea se produce o empeora marcadamente durante el uso excesivo de medicación.

En estos casos tanto los tratamientos abortivos como los preventivos suelen ser menos eficaces.

Conclusión

Dado que la cefalea es un motivo muy frecuente en la consulta clínica, es fundamental una correcta evaluación con los objetivos de distinguir las cefaleas primarias de las secundarias y lograr una adecuada clasificación de las cefaleas primarias. Esto permite un adecuado manejo de los pacientes optimizando los recursos diagnósticos y terapéuticos.

Bibliografía

1. Mathew PG, Garza I. Headache. Seminars in Neurology. 2011; 31 (1): 5-17-
2. Freitag F. Managing and treating tension-type headache. Med Clin N Am 2013; 97: 281-292.
3. Silberstein S. Preventive migraine treatment. Neurol Clin 2009; 27: 429-443.
4. Tepper SJ, Spears RC. Acute treatment of migraine. Neurol Clin 2009; 27: 417-427.
5. Martínez Eizaguirre JM, Calero Muñoz S, García Fernández ML. Attitudes of Spanish primary care doctors to migraine. Aten Primaria 2006; 38(1):33-8.

Tabla 1. Tratamientos abortivos para la migraña

Droga	Dosis habitual	Dosis máxima por día	Intervalo mínimo entre dosis
Naratriptán	2.5 mg	5 mg	4 horas
Sumatriptán	50-100 mg VO 6 mg SC	300 mg VO 12 mg SC	2 horas
Zolmitriptán	2.5 mg	15 mg	2 horas
VO: vía oral; SC: subcutánea			

Tabla 2. Tratamiento Preventivo de la Migraña

Droga	Dosis inicial (mg)	Rango de dosis habitual por día (mg)	Efectos adversos comunes	Efectos adversos graves
<i>Amitriptilina</i>	12.5	25 a 150	Aumento de peso, constipación, sedación	Arritmias cardíacas
<i>Nortriptilina</i>	10	25 a 150	Aumento de peso, constipación, sedación	Arritmias cardíacas
<i>Divalproato de sodio</i>	250 a 500	750 a 1500	Alopecia, aumento de peso, náuseas, temblores	Pancreatitis, falla hepática, trombocitopenia
<i>Propranolol</i>	40 a 60	40 a 240	Depresión, fatiga	Bradiarritmia
<i>Atenolol</i>	25	50 a 100	Depresión, fatiga	Bradiarritmia
<i>Verapamilo</i>	80 a 160	160 a 480	Edema, constipación	Hipotensión, arritmias
<i>Flunarizina</i>	5	5 a 10	Aumento de peso, somnolencia, boca seca	Parkinsonismo, hipotensión, exacerbación de depresión
<i>Topiramato</i>	25	25-200	Parestesias, fatiga, pérdida de peso	Glaucoma de ángulo agudo, hipertermia, acidosis metabólica, nefrolitiasis
<i>Gabapentin</i>	300	900 a 2400	Edema, sedación, fatiga, mareo	

Tabla 3. Cefaleas autonómicas trigeminales

	Cefalea en racimo	Hemicraneá paroxística	SUNCT
<i>Sexo</i>	3M a 1F	M=F	1.5M a 1F
<i>Frecuencia (por día)</i>	1 a 8	20	100
<i>Duración (minutos)</i>	30 a 180	2 a 30	1 a 5
<i>Ritmo circadiano / circanual</i>	Presente	Ausente	Ausente
<i>Episódica : Crónica</i>	90:10	35:65	10:90
<i>Náuseas</i>	50%	40%	25%
<i>Fotofobia / Fonofobia</i>	65%	65%	25%
<i>Agitación / Desasosiego</i>	90%	80%	65%
Desencadenantes			
<i>Alcohol</i>	+++	+	–
<i>Cutáneo</i>	–	–	+++
Efecto del tratamiento			
<i>Oxígeno</i>	70%	Sin efecto	Sin efecto
<i>Sumatriptán 6 mg</i>	90%	20%	<10%
<i>Indometacina</i>	Sin efecto	100%	Sin efecto