

Enfrentamiento de cefalea: nuevas banderas.

Autor: Dr. Pablo Cáceres A., Residente Medicina Familiar UC.

Editor: Dra. Isabel Mora M., Docente Medicina Familiar UC.

Julio 2023.

Resumen de portada

La cefalea es un síntoma de alta prevalencia en la consulta médica y existen un gran número de condiciones en la cual la cefalea es el único síntoma o el principal, por lo cual tener un abordaje sistematizado en buscar causas secundarias es de vital importancia al momento de enfrentar al paciente. En este artículo se revisarán las características de las cefaleas primarias, las banderas *rojas* y *verdes*, y el rol de las imágenes en el enfrentamiento de esta entidad.

Palabras claves: Atención primaria, Medicina Familiar, cefalea, migraña, banderas rojas.

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un síntoma de alta prevalencia y es un síntoma cardinal en un sin número de enfermedades, algunas de ellas de gravedad, que se pueden presentar inicialmente como un cuadro de cefalea. La cefalea como motivo de consulta corresponde al 50% de las atenciones de la atención primaria de salud (APS) y al 25% de la consulta en los servicios de urgencias. Aproximadamente el 90% de las personas tendrá cefalea en algún momento de su vida, y se estima que aproximadamente 3 billones de personas tienen algún tipo de cefalea. Además, un importante número de pacientes con migraña son mal diagnosticados. Las cefaleas de causa secundaria pueden presentarse con una clínica de cefalea primaria⁽¹⁾.

La cefalea es una enfermedad que afecta la calidad de vida de las personas, en salud física, en salud mental y en el funcionamiento global de estas. Además, se ha estudiado la disfunción social que esta representa, generando un detrimento desde el punto de vista social, de relaciones familiares y de autocuidado. Las personas con cefalea crónica tienen una disminución en la productividad de hasta 3 veces y ausentismo laboral de hasta 2 veces⁽²⁾.

Por estos motivos es importante realizar un buen diagnóstico de la cefalea para posteriormente realizar un manejo óptimo para los pacientes.

CLASIFICACIÓN

La tabla 1 muestra una clásica clasificación de las cefaleas. A continuación se describirán las más frecuentes a considerar durante la práctica en APS.

Tabla 1: Clasificación de cefaleas. *III edición clasificación internacional de las cefaleas (ICDH-III)(2018)*

Primarias

- Cefalea por tensión
- Migraña
- Cefaleas Trigémino Autonómicas (TAC)
- Otras cefaleas primarias

Secundarias

- Cefalea atribuida a traumatismo craneoencefálico y/o cervical
- Cefalea atribuible a vasculopatía craneal y/o cervical
- Cefalea atribuible a trastorno intracraneal no vascular
- Cefalea atribuible a administración o privación de una sustancia
- Cefalea de origen infeccioso
- Cefalea atribuible a trastorno de la homeostasis
- Cefalea atribuible a trastornos del cráneo, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales.
- Cefalea atribuible a trastorno psiquiátrico

Neuralgias

- Lesiones dolorosas de los nervios craneales
- Otras cefaleas

CEFALEAS PRIMARIAS

Cefalea tensional

La cefalea tensional es el cuadro de cefalea más común, tiene una prevalencia aproximada del 40% de la población, es más frecuente en hombres que en mujeres (1,2 a 3:1), la edad más frecuente de presentación es entre los 30 y 39 años. El cuadro clínico característico es una cefalea bilateral, tipo opresión, de una intensidad leve a moderada, con pocos síntomas asociados, habitualmente con sensibilidad muscular de la cabeza, cuello y hombros, y sus ataques tienen una duración entre 30 minutos a 7 días. Se clasifica en episódica infrecuente (<1 ataque por mes), episódica frecuente (entre 1 a 14 ataques por mes) y crónica (>15 ataques al mes por 3 meses); esta última forma se asocia a un 8% de inasistencia laboral, con un promedio de 27 días al año de inactividad⁽³⁾.

Migraña

La migraña es una condición neurológica compleja de alta prevalencia (11,7% general, 17,1% hombres y 5,6% mujeres), más frecuente entre los 20 a 50 años. Se asocia a un aumento del riesgo cardiovascular, Enfermedad de Parkinson, Trastorno de pánico, Trastorno afectivo Bipolar⁽¹⁾. Además, se puede asociar a Depresión, Ansiedad, Dolor crónico, enfermedades broncopulmonares, hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad⁽¹⁾.

El cuadro clínico característico es una cefalea unilateral (60-70%), pulsátil, con un ataque de 4 a 72 horas de duración, acompañado de náuseas, vómitos, fotofobia y sonorofobia. Habitualmente es agravado por la actividad física, puede presentar un cuadro de aura (25 al 30%), además de síntomas prodrómicos y postdrómicos. El aura es una alteración sensorial, principalmente visual pero también sensitiva, consistente en

un inicio gradual de síntomas positivos (luces danzantes), seguidos por síntomas negativos (visión borrosa) con una duración entre 5 a 60 minutos; se diferencia de un Trastorno isquémico transitorio en el cual el inicio es súbito y los síntomas son de déficit^{(1),(3),(4)}.

Se clasifica en episódica infrecuente (<1 vez al mes), episódica frecuente (1 a 14 ataques al mes) y crónica (>15 al mes por 3 meses). Factores que se asocian a la cronificación son: sobreuso de medicamentos, consumo de cafeína, alodinia, náuseas persistentes, obesidad, ronquidos, SAHOS, Dolor crónico, Depresión y Ansiedad⁽¹⁾⁽³⁾.

Cefalea Trigémino Autonómicas (TAC)

Son un grupo de cefaleas consistentes en ataques cortos de dolor intensos en la región trigeminal asociado a síntomas autonómicos. La componen la Cefalea Cluster (también conocida como cefalea suicida), Hemicranea paroxística, *Short-lasting unilateral neuralgiform headache attack* (SUNHA por sus siglas en inglés) y Hemicranea continua. (5)

La cefalea clúster corresponde al 90% de las TAC, con una prevalencia de 1 a 150 cada 100.000 habitantes, con predominio en hombres (2:1), entre los 20 a 50 años. Factores de riesgo asociados son el tabaquismo, exposición pasiva al humo y trauma craneal. Su clínica se resume en el acrónimo *SEAR: Side locking* (unilateral), *Excruciating* (intenso), *Agitating* (agitación), *Regular y Recurrent* (regular y recurrente). Tiene una temporalidad predecible, durante el día y durante el año⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

Las cefaleas clúster (y las cefaleas TAC en general) deben estudiarse debido a un gran número de causas secundarias y enfermedades que imitan los síntomas de estas⁽⁵⁾.

ENFRENTAMIENTO DE CEFALEAS

Historia clínica y examen físico

Existe un conjunto de enfermedades sistémicas, neurológicas y vasculares que se presentan con cefalea como su único o principal síntoma. Las cefaleas secundarias se pueden presentar en fenotipos similares a las cefaleas primarias. Se estima que las causas secundarias de cefalea van entre un 2 y 13%. Es por esto que una historia clínica y examen físico orientado a signos y síntomas neurológicos es crucial para el buen diagnóstico de cefaleas. Es necesario buscar banderas rojas que puedan orientar una causa secundaria. La mayoría de los pacientes tiene un examen físico normal⁽⁴⁾.

Durante la anamnesis es importante realizar una historia acabada⁽⁴⁾:

- Carácter: pulsátil, opresiva, cambios de intensidad o frecuencia
- Duración del ataque: segundos, minutos, horas
- Frecuencia del ataque: días, meses, cuantos días a la semana sin cefalea
- Localización: unilateral o bilateral, irradiaciones
- Inicio: Edad de inicio, inicio gradual o súbito, gatillantes identificados.
- Severidad: que tan rápido llega al máximo, escala del 1 al 10, funcionalidad
- Síntomas asociados: Aura, náuseas, vómitos, fotofobia, síntomas autonómicos, dolor cervical, fiebre.
- Comorbilidades: trastornos del ánimo, hipertensión, embarazo, antecedentes de Infarto al Miocardio, Inmunosupresión.
- Uso de medicamentos: fármacos que utiliza, frecuencia de los analgésicos.

Del examen físico:⁽⁴⁾

- Signos vitales: Presión arterial, temperatura, pulso, frecuencia respiratoria
- Examen neurológico: Examen mental y estado de conciencia, pares craneanos, examen motor y sensitivo, fondo de ojo, reflejos y marcha.
- Examen cervical: Evaluar irritación meníngea
- Articulación temporomandibular: Apertura de mandíbula, palpación de músculos masticatorios.

Banderas Rojas

La Sociedad Americana de Cefalea ha realizado una nemotécnica para sistematizar la búsqueda de banderas rojas: SNNOOP10. Son 15 elementos de una alta sensibilidad para causas secundarias de cefalea⁽¹⁾⁽⁶⁾:

1. Síntomas sistémicos: fiebre, hipertensión, síntomas B.
2. Neoplasia: Antecedentes de cáncer. Metástasis es la causa más frecuente (de pulmón, mama y melanoma). Otros asociados: vómitos, inestabilidad de la marcha, plantar extensor.
3. Neurológico, déficit: ACV, vasculitis, infección del sistema nervioso central (SNC), lesión SNC. La magnitud de la cefalea no se correlaciona con el déficit.
4. Onset, Inicio abrupto: Punto máximo <60 segundos. Hemorragia subaracnoidea, alteración vascular craneal o cervical, lesión de fosa posterior.
5. Older, Edad mayor a 50 años: Arteritis de células gigantes, alteración vascular. El riesgo de causas secundarias aumenta con la edad. (sobre los 65 años aumenta 10 veces)
6. Pattern, Cambio de Patrón: lesión tumoral, cefalea por sobreuso de medicamentos.
7. Positional, Cefalea Posicional: Sugerente de Hipotensión endocraneana, por fuga de líquido cefalorraquídeo.
8. Precipitada, por tos, por ejercicio: Lesión de fosa posterior, Hemorragia subaracnoidea.
9. Papiledema: Hipertensión endocraneana, lesión tumoral.
10. Progresiva o presentación atípica: Lesión tumoral, alteración del SNC
11. Puerperio y embarazo: alteración vascular craneal o cervical, trombosis del seno cerebral, punción postdural, hipotiroidismo, anemia, diabetes. Aumenta el riesgo de cefaleas secundarias por cambios fisiológicos (Hipercoagulabilidad, cambios hormonales), o intervenciones (anestesia epidural).
12. Painfull eye, Síntomas oculares: Alteración oftalmológica, alteración de fosa posterior, alteración hipófisis o seno cavernoso.
13. Post trauma: Cefalea aguda o crónica post-traumática. Hematoma subdural
14. Patología Inmuno-supresora: Infecciones oportunistas, meningitis, metastasis, abcesos cerebral.
15. Painkiller, Analgésicos: Cefalea por sobreuso de medicamentos.

Banderas Verdes

Frente al problema de discriminar entre cefaleas primarias o secundarias, no existen biomarcadores que nos permitan identificar las cefaleas primarias. Además, las banderas rojas no son patognomónicas de cefaleas secundarias, y su ausencia no descarta una causa secundaria. Es por esto que el grupo de estudio de la *International Classification of Headache Disorders* ICDH desarrolló preguntas que buscan elementos de una alta sensibilidad para las cefaleas primarias basadas en el acuerdo de expertos, denominadas *banderas verdes*⁽⁷⁾:

- **La cefalea actual estuvo presente en la infancia:** Las causas secundarias de cefalea crónica en niños son raras, y una cefalea desde la infancia es poco probable que sea grave en el adulto.
- **El paciente tiene días libres de cefalea:** La mayoría de las cefaleas primarias son paroxísticas y las cefaleas secundarias habitualmente tienen un gatillante.
- **La cefalea ocurre en relación con el ciclo menstrual:** la migraña habitualmente tiene relación con el cambio hormonal del ciclo menstrual.
- **Familiares cercanos tienen el mismo tipo de cefalea:** La migraña, la cefalea tensional y las cefaleas trigémino autonómicas tienen una disposición genética. Comparado, la disposición de las alteraciones vasculares es muy inferior a la de las cefaleas primarias.
- **La cefalea ocurrió o se detuvo hace 1 semana:** Las cefaleas graves que amenazan la vida ocurren en pocos días

Estudio de imágenes

Las imágenes utilizadas en cefalea son la tomografía computada (TC) y la Resonancia Magnética (RM). La TC tiene un rol menor en las cefaleas, su principal utilidad es descartar sangrado intracranegal (hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural o epidural, y hemorragia intraparenquimatosa) y las fracturas de cráneo. La RM es la imagen de elección para la mayoría de las situaciones en que se sospeche una causa secundaria, como anormalidades de la presión intracraniana, infecciones del sistema nervioso central o neoplasias⁽¹⁾⁽⁴⁾.

Una cefalea primaria sin elementos de alarma no requiere estudio imagenológico. Una revisión sistemática⁽⁸⁾ de 41 estudios observacionales con 15760 pacientes tuvo como objetivo describir la prevalencia de los hallazgos imagenológicos en resonancia magnética de pacientes con cefalea con un examen neurológico normal, donde los hallazgos más frecuentes fueron alteraciones vasculares 7.2% (0.4- 20.3), neoplasia 1% (0.3 – 2.0%) y sinusitis 8.6% (5.6 – 12.0). Por lo cual la baja prevalencia de los hallazgos con significancia clínica no justifica el uso rutinario de imágenes en el estudio de cefalea (*calidad de evidencia baja*).

CONCLUSIONES

- Las cefaleas primarias son la principal causa de cefaleas que se enfrenta el clínico; sin embargo, las causas secundarias de cefalea se presentan como fenotipos muy similares de cefaleas primaria.
- La sistematización de la búsqueda de características, principalmente las banderas rojas condensadas en el acrónimo SNNOOP10, es una herramienta que nos ayudaría a identificar las posibles causas secundarias.
- Las banderas verdes, aún en desarrollo, buscan elementos de alta especificidad de cefaleas primarias.
- La evidencia actual no apoya que el uso rutinario de neuroimágenes frente a cefaleas con examen neurológico normal.

REFERENCIAS

1. Robbins, M. S. (2021). Diagnosis and Management of Headache: A Review. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 325, Issue 18, pp. 1874–1885). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.1640>

2. Raggi, A., Giovannetti, A. M., Quintas, R., D'Amico, D., Cieza, A., Sabariego, C., Bickenbach, J. E., & Leonardi, M. (2012). A systematic review of the psychosocial difficulties relevant to patients with migraine. In *Journal of Headache and Pain* (Vol. 13, Issue 8, pp. 595–606). <https://doi.org/10.1007/s10194-012-0482-1>
3. Dodick, D. W. (2021). *Diagnosing Secondary and Primary Headache Disorders*. <http://journals.lww.com/continuum>
4. Viera AJ, Antono B. Acute Headache in Adults: A Diagnostic Approach. *Am Fam Physician*. 2022 Sep;106(3):260-268. PMID: 36126007
5. Nahas, S. J. (2021). *Cluster Headache and Other Trigeminal Autonomic Cephalgias*. <http://journals.lww.com/continuum>
6. Do, T. P., Remmers, A., Schytz, H. W., Schankin, C., Nelson, S. E., Obermann, M., Hansen, J. M., Sinclair, A. J., Gantenbein, A. R., & Schoonman, G. G. (2019). Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. In *Neurology* (Vol. 92, Issue 3, pp. 134–144). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006697>
7. Do, T. P., la Cour Karottki, N. F., & Ashina, M. (2021). Updates in the Diagnostic Approach of Headache. In *Current Pain and Headache Reports* (Vol. 25, Issue 12). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11916-021-00995-8>
8. Kamtchum-Tatuene, J., Kenteu, B., Fogang, Y. F., Zafack, J. G., Nyaga, U. F., & Noubiap, J. J. (2020). Neuroimaging findings in headache with normal neurologic examination: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences*, 416. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116997>