

CEFALEA

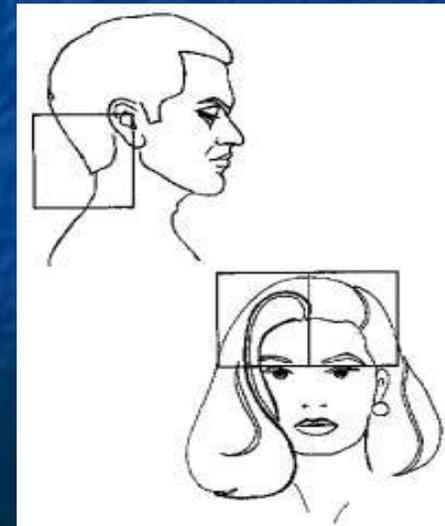
Javier Gutierrez Sainz
Rebeca San Cristóbal
Silvia Tabernero Barrio

- La cefalea es el primer motivo neurológico de consulta para el médico de familia y neurólogo.
- Puede llegar a ser muy invalidante, alterando la calidad de vida de quien la padece.
- Es generalmente un síntoma benigno y sólo ocasionalmente es manifestación de una enfermedad seria como meningitis, hemorragia subaracnoidea, tumores o arteritis de la temporal → descartar estas patologías.
- Gran repercusión socioeconómica: gastos directos sanitarios, absentismo laboral, disminución del rendimiento...

CEFALEAS PRIMARIAS

CEFALEA TENSIONAL

- Es la más frecuente y predomina en la mujer (30-50 años).
 - Dura entre 30 min y 7 días.
 - Dolor opresivo, bilateral, de intensidad leve o moderada, no agravado por esfuerzos físicos. No se asocia a náuseas ni vómitos.
 - EXPLORACIÓN:
 - Rigurosamente normal
 - Tensión en musculatura paracervical
 - FISIOPATOLOGÍA:
 - Tensión emocional o estrés excesivo --- tensión paracervical --- cefalea
 - TRATAMIENTO:
 - <8 días/mes:
 - Analgésicos: Paracetamol
 - AINEs
 - >8 días/mes:
 - Tratamiento preventivo: Amitriptilina a dosis bajas y únicas por la noche. La amitriptilina presenta complicaciones:
 - estreñimiento
 - problemas de próstata
 - glaucoma
- Por ello evitaremos superar los 3-6 meses



- TRATAMIENTO:
 - SINTOMÁTICO:
 - AINEs
 - Triptanes: si no responde a AINEs sumatriptan
 - Ergotamina (de segunda elección siempre)
 - Antieméticos
 - PREVENTIVO: se da cuando la frecuencia es >4 crisis/mes:
 - Betabloqueantes
 - Antagonistas del Calcio: b-bloqueantes contraindicados
 - Antidepresivos tricíclicos
 - Antiepilépticos: en caso de ausencia de respuesta
 - Antagonistas de la serotonina

CEFALEA EN RACIMOS

- Casi exclusivamente en varones (20-30años).
- Formas de presentación:
 - período de 3 meses de duración con dolor seguido de una temporada sin dolor hasta el comienzo de otro nuevo racimo (90%)
 - Cefalea presente durante todos los días (10%)
- Características del dolor:
 - Duración <4h, puede presentarse varias veces al día.
 - Localización periocular unilateral
 - Síntomas autonómicos acompañantes: rinorrea, lagrimeo, sd Horner.
 - Gran intensidad
 - Preferentemente nocturno

■ TRATAMIENTO:

- Evitar factores desencadenantes (alcohol, vasodilatadores)

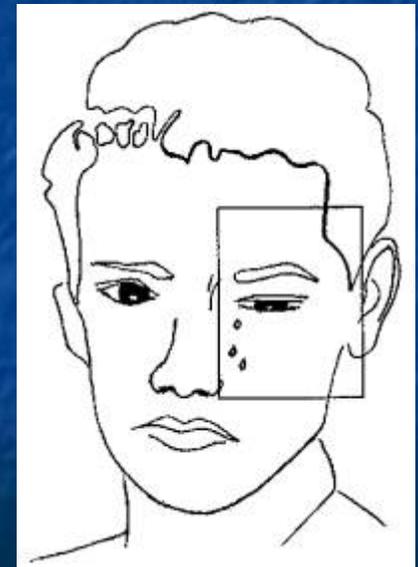
■ SINTOMÁTICO:

- Sumatriptan sc.

- O₂ a flujo elevado: + vasoconstricción

■ PROFILÁCTICO:

- Verapamil
- Corticoides

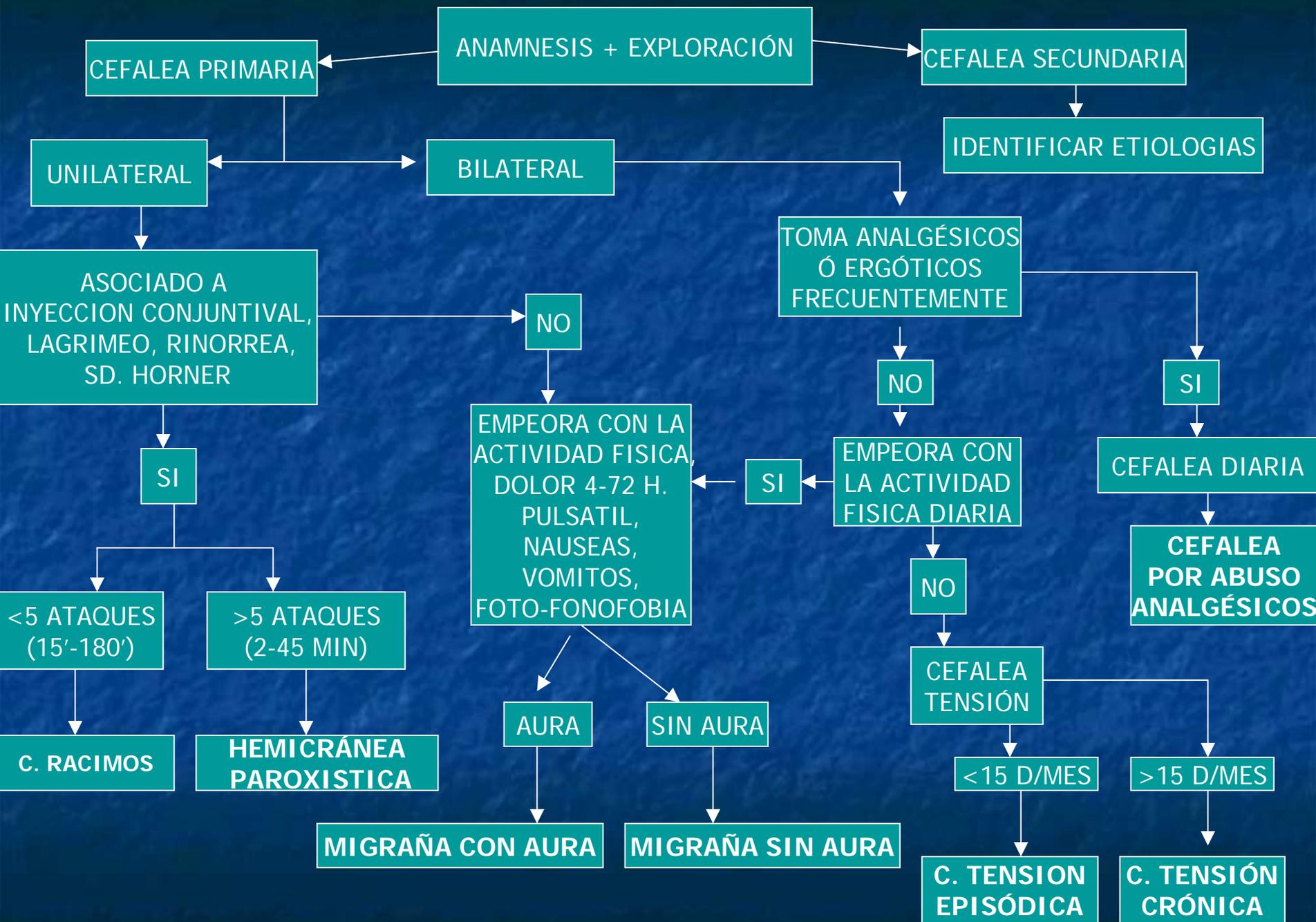


NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

- Predomina en la mujer. Inicio en la edad adulta.
- Episodios de dolor lancinante, repetido y breve (10-30 seg.).
- Tiene zonas gatillo o áreas cutáneas desencadenantes.
- TRATAMIENTO: la carbamacepina es el fármaco de elección.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	MIGRAÑA	TENSIONAL	RACIMOS
SEXO	Mujeres	Mujeres	Varones
EDAD	10-30	Cualquiera	30
LOCALIZACION	Hemicraneal	Bilateral	periorbitario
DURACION	4-72	30 min. -7 días	15-180 min
CUALIDAD	Pusátil	Opresivo	Tenebrante
INTENSIDAD	Moderada/severa	Leve/moderada	Severa
FENÓMENOS ASOCIADOS	Nauseas, vómitos, foto y sonofobia	No	Signos autonómicos locales
ACTIVIDAD FISICA	Empeora	No modifica	No modifica
FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN	1-4/mes	Variable	1-3/día



CASO CLÍNICO

- Varón de 71 años que acude a su médico de familia por presentar una cefalea holocraneal de 3 semanas de evolución, que comenzó progresivamente a lo largo de un día y que no mejora con paracetamol.



ANAMNESIS

1) ASPECTOS GENERALES:

- Edad: 71 años
- Sexo: varón
- Antecedentes familiares: sin interés
- Antecedentes personales:
 - Alérgico a AAS, Penicilina, y Optalidon®.
 - HTA ocasional sin tratamiento.
 - Vasculitis leucocitoclástica en 1995
- Hábitos tóxicos: no refiere
- Consumo de fármacos: no.

2) ASPECTOS ESPECÍFICOS:

1. **¿Cuándo empezó?** Agudo: < 3m / Crónico >3 m
2. **Edad de inicio**
3. **¿Cada cuánto le duele?** Periódico/ Diario
4. **¿Cuál es la intensidad del dolor y cómo evoluciona?**
Afectación de la vida diaria
5. **¿Cómo se instaura?** Progresiva, brusca, esfuerzos...
6. **¿Cuánto tiempo dura?** Segundos, horas, días. Continuo/
Crisis.
7. **¿Cómo lo definiría?** Pulsátil, pesadez, pinchazos...
8. **¿Dónde le duele?** Uni o bilateral, periorcular
9. **¿Existen factores desencadenantes, agravantes o que le alivian?**
10. **¿Existen síntomas acompañantes?** Nauseas, vómitos, foto-sonofobia, aura, claudicación mandibular, fiebre...
11. **¿Qué medicamentos toma o ha tomado?**
12. **¿Cuántos tipos de dolor tiene?**
13. **¿Qué piensa de su dolor de cabeza, que le preocupa?**



EXPLORACIÓN FÍSICA

- CyO x3, BEG, BN,BH, normoperfundido, normocoloreado y eupneico.
- TA: 140/70
- FC:90 lpm
- Temperatura:36,5°C
- Cabeza y cuello: senos no dolorosos, no palpo tiroides, arterias temporales normales. Resto normal.
- ACP:Normal
- Abdomen: pequeña hernia umbilical. Resto normal.
- Extremidades:Normales.
- Neurológico: signos meníngeos negativos, pares craneales normales, fuerza, ROT y sensibilidad normales.

Historia clínica
Exploración general y neurológica

SÍNTOMAS O SIGNOS DE ALARMA

SI

**SOSPECHA
CEFALEA
SECUNDARIA**

DERIVAR

Inicio > 50 años
Inicio explosivo o coincidente con ejercicio
Reciente y progresiva
Sin respuesta al tratamiento establecido
Fiebre y signos meníngeos
Focalidad neurológica
Síntomas o signos de hipertensión intracraneal
Cefalea primaria que cambia en sus características
Cefalea crónica diaria que cambia en sus características
Inicio agudo o subagudo
Aura migrañosa < 5 min o >60 min
Unilateralidad estricta

NO

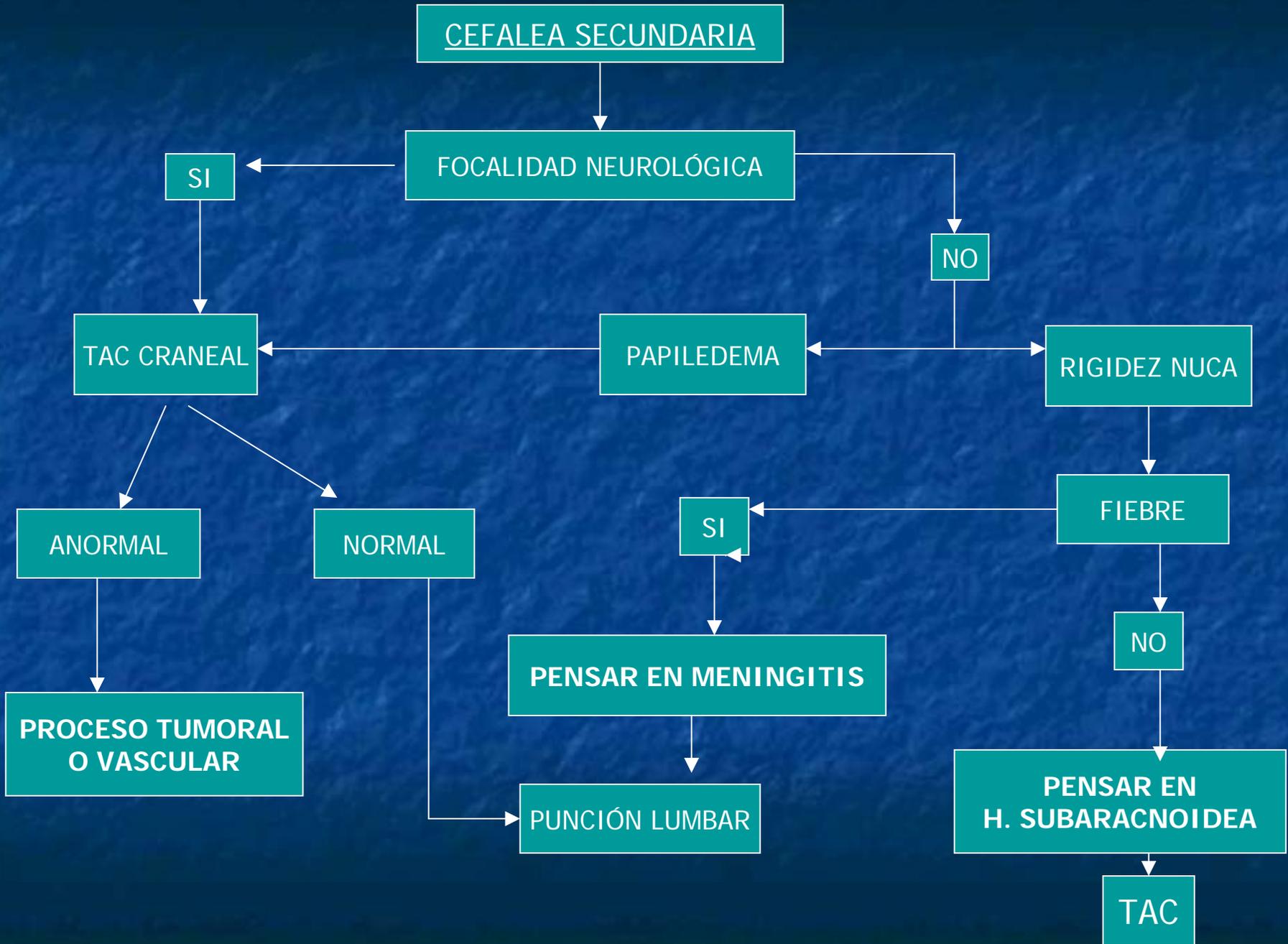
**SOSPECHA
CEFALEA
PRIMARIA**

Dco.
diferencial

Ante la presencia de síntomas de alarma (en ausencia de signos de alarma) como:

- Cefalea de reciente comienzo (< 3 meses) en paciente > 50 años
- Cefalea crónica desde su inicio
- Síntomas de hipertensión intracraneal (Valsalva +)

Se le deriva al Servicio de Neurología para su estudio.



CEFALEA SECUNDARIA

FOCALIDAD NEUROLÓGICA

SI

NO

TAC CRANEAL

PAPILEDEMA

RIGIDEZ NUCA

ANORMAL

NORMAL

SI

FIEBRE

NO

PENSAR EN MENINGITIS

PENSAR EN H. SUBARACNOIDEA

PROCESO TUMORAL O VASCULAR

PUNCIÓN LUMBAR

TAC

SERVICIO DE NEUROLOGÍA

- Hemograma y VSG dentro de los límites de normalidad
- Estudio de coagulación: normal
- Bioquímica: normal
- RMN sin hallazgos patológicos.
- En vista de los resultados de las pruebas complementarias se le diagnostica una cefalea tensional que fue mejorando progresivamente con el tratamiento instaurado, hasta desaparecer.

- Una semana más tarde de recibir el alta en el servicio de Neurología acude de nuevo a su centro de salud y le comenta a su médico que desde hace 5 días nota una sensación de acorchamiento y dolor en zona temporal izquierda, malestar general, astenia, anorexia y claudicación mandibular. Refiere hiperestesia en la zona y no ha presentado episodios de amaurosis fugax ni diplopia.

EXPLORACIÓN FÍSICA (II)

- TA: 150/70
- FC: 90 lpm.
- Temperatura: 36,8°C
- Consciente, orientado, buen estado general, bien nutrido y bien hidratado.
- Normoperfundido, normocoloreado y eupneico.
- Cabeza y cuello: arteria temporal izquierda palpable, dura, pulso débil. Temporal derecha normal. Resto normal.
- Auscultación cardiopulmonar: Normal.
- Abdomen: Pequeña hernia umbilical. Resto normal.
- Extremidades: Normal.
- Neurológica: pares craneales normales, campimetria y fondo de ojo normal. Fuerza y sensibilidad conservada, ROT normales. Marcha normal

- Según los nuevos datos obtenidos en la anamnesis y exploración, que nos orientan hacia un diagnóstico de Arteritis de la Temporal, se pide una VSG urgente.

VSG: 70 mm/h (1-10)



Derivación Urgente

Inicio explosivo
Inicio agudo o subagudo
Fiebre y signos meníngeos
Edema de papila
Focalidad neurológica permanente
Inicio >50 años con ↑VSG

REUMATOLOGÍA

■ Hemograma:

- Leucocitos: 10.000/ml (4,5-11 x10³ /ml)
- Hemoglobina: 12,6 g/dl (14-18 g/dl)
- Hematocrito: 36,8 % (42-52%)
- VCM: 93,5 fl (80-94 fl)
- Plaquetas: 216.000/ml (130-400 x10³/ml)
- VSG: 65 mm/h (<10mm/h)
- Estudio de coagulación: ligero alargamiento del TTP.
- Resto normal.

■ Bioquímica:

- Glucosa: 117 mg/dl
- PCR: 2,2 mg/dl

■ Proteinograma: Normal

■ Elemental y Sedimento de orina: normal.

■ Rx de tórax: imagen nodular a la altura del lóbulo medio típica de granuloma. Resto normal.

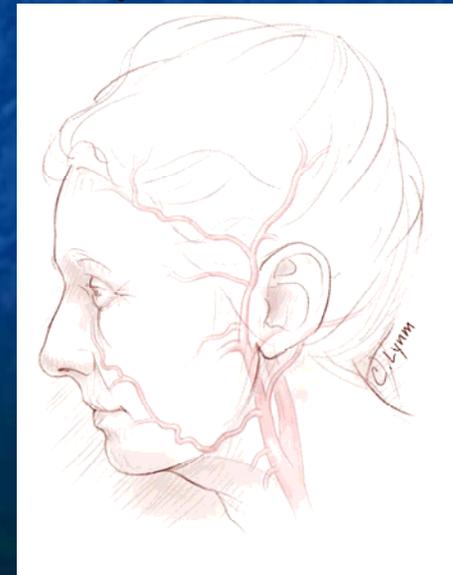
- **ECG:** ritmo sinusal, eje normal.
- **Serologías:**
 - Herpes simplex IgG (+)
 - Varicella Zoster IgG (+)
 - Epstein Barr IgG (+)
- **Estudio inmunológico:**
 - Ac. Anticardiolipina IgG: 152
 - Ac. Antiproteinasa 3: 36
 - Resto de parámetros → negativos.
- **Hormonas tiroideas:** normales.
- **Estudio oftalmológico:** No hay afectación del fondo de ojo.
- **Biopsia de la arteria temporal:** patología compatible con arteritis de células gigantes.

TRATAMIENTO

- Durante su estancia en planta se le pauta tratamiento con corticoides orales, mejorando espectacularmente de la clínica, tanto de claudicación mandibular como de la cefalea e hiperestesia.
- TRATAMIENTO AL ALTA:
 - Prednisona 10 mg (1,5-1,5-1,5)
 - Isoniacida 150 mg (2-0-0)
 - Calcium Sandoz Forte D® (0-0-2)
 - Omeprazol 40 mg (0-0-1)
 - Dieta normal
 - Hábitos de vida normales
 - Seguimientos periódicos en consulta de Reumatología.

ARTERITIS DE LA TEMPORAL

- Es una arteritis de células gigantes que afecta a arterias de calibre mediano y grande.
- Es más frecuente a partir de los 50 años y en mujeres (2:1).
- Clínica: Cefaleas (60-98%), dolorimiento de cuero cabelludo, algias faciales, afectación del estado general, claudicación mandibular(!). Polimialgia reumática (40-60%)
- Exploración: endurecimiento, disminución o ausencia de pulso en arteria temporal. Pueden existir complicaciones oculares (amaurosis fugax, diplopia).
- Diagnóstico:
 - ↑VSG
 - ↑ reactantes de fase aguda
 - Biopsia de arteria temporal (Dco. De certeza)



CONCLUSIONES

1. La anamnesis es el primer y más importante paso para la realización de un diagnóstico adecuado.
2. Al finalizarla el diagnóstico del paciente tiene que estar muy orientado.
3. Siempre debe ser complementada con una exploración física general y neurológica, para detectar los signos de alarma.
4. Las pruebas complementarias no son necesarias en las cefaleas primarias, pero sí que están indicadas en casos sospechosos de cefaleas secundarias.
 1. Hemograma y VSG
 2. TAC/RM: en sospecha de lesión intracraneal.
 3. Punción Lumbar: sospecha de meningitis.

¡Gracias por vuestra atención!