

## CAPÍTULO I

# Cefalea

Iván Martínez, MD  
Oficina de Recursos Educativos de FEPAFEM  
Bogotá

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes que acuden al servicio de urgencias por cefalea representan el 3% del total de consultas en un año y el 15% tienen una condición seria como causa de cefalea. La actitud inicial del médico debe ser la de identificar los pacientes con una patología grave.

La cefalea puede constituir un trastorno primario o ser un síntoma secundario de infección aguda, hipertensión arterial severa, tumor cerebral o de muchas afecciones oculares, nasales, faríngeas, dentales y vertebrales.

Casi la mitad ( $\pm 40\%$ ) de la población padece una cefalea intensa e incapacitante una vez al año.

## FISIOPATOLOGÍA

Las estructuras sensibles al dolor en la cabeza incluyen:

- Duramadre.
- Arterias.
- Senos venosos.
- Ojos.
- Membranas timpánicas.
- Columna vertebral espinal.

Estas estructuras son inervadas por ramas aferentes de los pares craneales V, VII, IX, X y por las raíces nerviosas de los tres primeros nervios cervicales. Se presenta dolor cuando hay tracción, inflamación o distensión, de forma especial, de la duramadre, los vasos sanguíneos y los nervios.

El tipo y localización del dolor son datos específicos que ayudan a establecer el diagnóstico. La causa de la mayor parte de las cefaleas es extracraneal más que intracraneal.

## CUADRO CLÍNICO

### CLASIFICACIÓN

Una forma útil de clasificar a los pacientes que consultan por cefalea es la siguiente:

- Cefalea con alteraciones en la escala de coma de Glasgow o con signos neurológicos focales.
- Cefalea con papiledema sin signos neurológicos focales.
- Cefalea con fiebre, sin signos neurológicos focales.
- Cefalea con signos extracraneales.
- Cefalea sin otros signos.

*CEFALEA CON ALTERACIONES EN LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW O CON SIGNOS NEUROLÓGICOS FOCALES*

En el examen físico se encuentran como hallazgos:

- Valor en la escala de coma de Glasgow <14.
- Presencia de signos de focalización.
- Anormalidades pupilares.
- Irritación meníngea.

Aunque el diagnóstico no se conozca con exactitud, el paciente debe recibir oxígeno suplementario. La presión arterial y la glucemia deben ser controladas en forma apropiada. Las enfermedades que se presentan bajo esta categoría son:

Vasculares:

- Enfermedad cerebro vascular.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Hematoma subdural.

Infecciosas:

- Meningitis.
- Encefalitis viral.
- Absceso cerebral.
- Empiema subdural.
- Malaria cerebral.

Neoplásicas:

- Tumor cerebral primario.
- Tumor cerebral metastásico.

La forma de inicio de los síntomas permite hacer el diagnóstico diferencial.

- Inicio agudo: causas vasculares.
- Inicio subagudo: causas infecciosas.
- Inicio crónico: neoplasias.

Si el paciente tiene fiebre, es pertinente realizar hemocultivos e iniciar terapia antibiótica apropiada. Puede existir el antecedente de via-

je a zonas endémicas de malaria, caso en el cual el examen de gota gruesa aclara el diagnóstico.

La mayoría de los pacientes que se presentan en esta categoría requiere imágenes diagnósticas del sistema nervioso central. El examen inicial más útil es la tomografía axial computarizada (TAC).

Una vez estabilizado el individuo, el tratamiento definitivo será consultado con el especialista apropiado.

*CEFALEA CON PAPILEDEMA SIN SIGNOS NEUROLÓGICOS FOCALES*

Las principales causas de estos hallazgos son las siguientes:

- Arteriales: hipertensión.
- Intracraneales: neoplasias, edema cerebral, pseudotumor cerebri.
- Venosas: trombosis de senos venosos.

En los casos asociados a hipertensión arterial, se hace diagnóstico de emergencia hipertensiva y se inicia el manejo conveniente.

Si la presión arterial se encuentra dentro de límites normales, está indicado practicar una TAC.

A pesar de que en la evaluación inicial no haya signos focales, durante la progresión de la enfermedad pueden aparecer. Así, la hipertensión arterial sostenida puede dar origen a enfermedad cerebrovascular.

*CEFALEA CON FIEBRE, SIN SIGNOS NEUROLÓGICOS FOCALES*

Es una forma frecuente de presentación de muchas enfermedades. Una característica útil

para diferenciar las múltiples causas es la presencia de rigidez nuchal.

Las enfermedades de esta categoría son:

- Intracraneanas: meningitis, hemorragia subaracnoidea y encefalitis.
- Extracraneanas: focales: sinusitis aguda.
- Sistémicas: virosis, malaria y fiebre tifoidea.

Cuando se encuentran signos de irritación meníngea, está indicado realizar una punción lumbar para descartar meningitis, encefalitis o hemorragia subaracnoidea.

#### *CEFALEA CON SIGNOS EXTRACRANEALES*

Diferentes condiciones se presentan con cefalea y signos extracraneales. Los más frecuentes son:

- Sinusitis aguda.
- Glaucoma agudo.
- Arteritis de células gigantes.
- Espondilosis cervical.

El manejo de cada una de estas entidades se revisa en otras guías de manejo de urgencias en esta misma serie.

#### *CEFALEA SIN OTROS SIGNOS*

En la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por cefalea, no se encuentra ningún signo en el examen físico.

Las causas son:

- Cefalea tensional.
- Cefalea tipo migraña.
- Cefalea en racimos.

**Cefalea tensional.** Los criterios de la *International Headache Society* para la cefalea tensional son:

- Cefalea por más de 15 días durante no menos de seis meses;
- dolor bilateral que no se incrementa con el ejercicio y no se asocia con vómito;
- más frecuente en mujeres;
- en 40% de las personas con cefalea tensional hay una historia familiar de cefalea;
- es precipitada por estrés o ansiedad.

En la consulta, el paciente aparece ansioso, con taquicardia, fotofobia y contracción muscular cervical exagerada. Inicia en la mañana y empeora a medida que avanza el día.

El tratamiento incluye tranquilizar al paciente, dar analgésicos para controlar el dolor y dar apoyo en cuanto a los problemas emocionales que produjeron la enfermedad. El uso de medicamentos es controvertido. Una revisión no sistemática de estudios observacionales concluyó que el uso de medicamentos analgésicos puede favorecer el desarrollo de cefalea crónica.

**Cefalea tipo migraña.** Es una enfermedad común que afecta a 10-25% de las mujeres y a 2-10% de los hombres. El riesgo es mayor de 50% en personas con familiares que padecen migraña. Se caracteriza por ataques recurrentes de cefalea que duran entre 4 y 72 horas. Se clasifica en clásica, común y variante.

Cualquiera sea la forma, los individuos afectados siempre tienen síntomas prodrómicos y episodios agudos de dolor. Los síntomas prodrómicos ocurren en las 24 horas anteriores al ataque.

Los episodios agudos de dolor pueden ser unilaterales o bilaterales. Son descritos como sensación de pulsación continua. Se asocian con náuseas y vómito. La mayoría de los ataques se resuelven en 48 horas.

El manejo de un ataque de migraña incluye:

- Reposo en un ambiente tranquilo y oscuro.

- Analgesia con antiinflamatorios no esteroideos como ácido acetilsalicílico, naproxeno. También se puede utilizar acetaminofen y antieméticos como metoclopramida.
- Sumatriptan, si el manejo analgésico inicial no es útil. La dosis es de 6 mg en forma subcutánea; 70% de los pacientes responden a la medicación. Está contraindicado en pacientes con enfermedad coronaria o hipertensión arterial.

Puede aparecer migraña complicada. Los síntomas neurológicos continúan después de terminar la cefalea. Las alteraciones más comunes son disartria, afasia y dislexia. Pueden ser permanentes como resultado de pequeños infartos por vasoconstricción.

### LECTURAS RECOMENDADAS

1. Bahra A, Gawel MJ, Hardebo JE, et al. Oral zolmitriptan is effective in the acute treatment of cluster headache. *Neurology* 2000; 54:1832-1839.
2. Corbo J, Esses D, Bijur PE, et al. Randomized clinical trial of intravenous magnesium sulfate as an adjunctive medication for emergency department treatment of migraine headache. *Ann Emerg Med* 2001; 38:621-627.
3. Dahlof C, Tfelt-Hansen P, Massiou H, et al. Dose finding, placebo-controlled study of oral almotriptan in the acute treatment of migraine. *Neurology* 2001; 57:1811-1817.
4. Evans RW. Diagnostic testing for headache. *Med Clin North Am* 2001; 85:865-885.
5. Flippen CC 2nd. Pearls and pitfalls of headache. *Semin Neurol* 2001; 21:371-376.
6. Goadsby PJ, Ferrari MD, Olesen J, et al. Eletriptan in acute migraine: a double-blind, placebo-controlled comparison to sumatriptan. *Eletriptan Steering Committee. Neurology* 2000; 54:156-163.
7. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, et al. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285:2208-2215.
8. Leone M, D'Amico D, Frediani F, et al. Verapamil in the prophylaxis of episodic cluster headache: a double-blind study versus placebo. *Neurology* 2000; 54:1382-1385.
9. Lipton RB, Baggish JS, Stewart WF, et al. Efficacy and safety of acetaminophen in the treatment of migraine: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, population-based study. *Arch Intern Med* 2000; 160:3486-3492.
10. Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, et al. Stratified care vs step care strategies for migraine: the Disability in Strategies of Care (DISC) Study: A randomized trial. *JAMA* 2000; 284:2599-2605.
11. Mannix LK. Epidemiology and impact of primary headache disorders. *Med Clin North Am* 2001; 85:887-895.
12. Richman PB, Allegra J, Eskin B, et al. A randomized clinical trial to assess the efficacy of intramuscular droperidol for the treatment of acute migraine headache. *Am J Emerg Med* 2002; 20:39-42.
13. Schrader H, Stovner LJ, Helde G, et al. Prophylactic treatment of migraine with angiotensin converting enzyme inhibitor (lisinopril): randomised, placebo controlled, crossover study. *BMJ* 2001; 322:19-22.
14. Spierings EL, Gomez-Mancilla B, Grosz DE, et al. Oral almotriptan vs. oral sumatriptan in the abortive treatment of migraine: a double-blind, randomized, parallel-group, optimum-dose comparison. *Arch Neurol* 2001; 58:944-950.