

## CEFALEAS

David Moreno, Pablo Irimia

La cefalea representa un 4.5% de todas las visitas al Servicio de Urgencias. El clínico que se enfrenta a un paciente con cefalea en el servicio de Urgencias debe determinar, en primer lugar, si se trata de una cefalea primaria (como la migraña) o una cefalea secundaria (sintomática de otro proceso). Además, en aquellos pacientes en los que se descarta una causa secundaria, debe precisarse si el dolor se ajusta al patrón de alguna de las cefaleas primarias recogidas en la Clasificación Internacional de Cefaleas para establecer el diagnóstico final. Los errores en la identificación de una cefalea secundaria pueden tener consecuencias fatales.

**Clasificación:** En la siguiente tabla se muestran las principales cefaleas:

Cefaleas primarias	Cefaleas secundarias	Neuralgias faciales
Migraña	Traumatismo	Neuralgia del trigémino
Cefalea tensional	Infección (sistémica o meningitis)	N. del glossofaríngeo
Cefalea en racimos*	Trastorno vascular (hemorragia subaracnoidea, arteritis temporal, etc)	N. del nervio occipital
Hemicránea paroxística*		Síndrome de Tolosa-Hunt
Hemicránea continua*	Consumo de sustancias	
Short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing (SUNCT)*	Trastornos dentarios, senos paranasales (sinusitis)	

\* Cefaleas trigémino-autonómicas

### APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

En lo que respecta a la evaluación del paciente con cefalea en consulta de Urgencias resulta

crucial diferenciar entre las cefaleas primarias y secundarias. El 80% del tiempo de la consulta debe centrarse en la anamnesis. Se recomienda en primer lugar registrar el síntoma o problema principal por el que el paciente consulta en Urgencias, lo que permite centrar el problema. Posteriormente se realizará una descripción detallada del episodio.

En el caso de los pacientes con cefalea, dentro del motivo de consulta, debería constar:

1. La edad del paciente.
2. La forma de inicio del dolor (súbito-repentino o gradual-progresivo).
3. Si ha sufrido con anterioridad episodios similares de cefalea.

Posteriormente tratará de recogerse de forma ordenada los rasgos de la cefalea:

<b>Edad de comienzo y tiempo de evolución</b>	<p>Inicio: niñez, juventud, madurez, ancianidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefaleas crónicas o recurrentes.</li> <li>• Cefaleas agudas o recientes progresivas.</li> <li>• Cambio reciente de una cefalea crónica.</li> </ul>
<b>Instauración:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Súbita, gradual. Tiempo hasta el acmé.</li> </ul>
<b>Frecuencia:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diaria, semanal, mensual. Alternancia crisis-remisiones</li> </ul>
<b>Localización:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focal, hemicraneal, Bilateral holocraneal (toda la cabeza)</li> </ul>
<b>Duración:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segundos, minutos, horas, días, semanas, meses, años</li> </ul>
<b>Horario:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matutina, vespertina, nocturna, hora fija</li> </ul>
<b>Cualidad:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulsátil, terebrante, urente, lancinante, opresiva</li> </ul>
<b>Intensidad:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Graduar la intensidad entre 0-10 en la escala verbal</li> </ul>
<b>Factores agravantes o desencadenantes:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio, coito, tos, o factores que podrían estar relacionados (estrés, falta de sueño, ayuno, menstruación etc.)</li> </ul>
<b>Factores que alivian el dolor:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanecer en un lugar oscuro y silencioso o bien realizar ejercicio físico, presión en determinados puntos de la cabeza, etc.</li> </ul>

<b>Remisión:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brusca, progresiva, permanente desde el inicio.</li> </ul>
<b>Síntomas asociados a la cefalea:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas, vómitos, fotofobia, intolerancia al ruido, fotopsias, escotomas, hemianopsia, diplopía, hemiparesia, hemidisestesias, inestabilidad, vértigo, disartria, afasia, confusión, crisis epilépticas, etc.</li> </ul>
<b>Síntomas autonómicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de ptosis palpebral, miosis, lagrimeo, rinorrea, enrojecimiento conjuntival.</li> </ul>
<b>Antecedentes personales (historia previa de cefaleas):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es importante establecer si el dolor actual es distinto a otros episodios previos si los hubiese.</li> </ul>
<b>Antecedentes familiares:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialmente de hemorragia subaracnoidea por rotura aneurismática o “muerte súbita”.</li> </ul>

La exploración física general y neurológica general debe incluir obligatoriamente la medición de la presión arterial.

Conviene realizar la palpación de ambas regiones temporales (especialmente en mayores de 50 años por la sospecha de arteritis de células gigantes) para detectar pulso, induración, dolor, etc.

La auscultación carotídea y craneal puede detectar soplos.

La palpación pericraneal puede detectar puntos dolorosos.

En la exploración neurológica se incluye la exploración de la rigidez nuchal y los signos meníngeos (Kernig y Brudzinski).

#### **Criterios de alarma (sospecha de cefalea secundaria)**

- Cefalea de inicio reciente en pacientes con más de 50 años, neoplasia y/o inmunosupresión o riesgo de sangrado aumentado.
- Inicio súbito o explosivo del dolor, tras esfuerzo o maniobra de Valsalva.
- Inicio reciente con aumento progresivo en intensidad y frecuencia.
- Empeoramiento o falta de respuesta tratamiento previamente efectivo.
- El dolor no responde a tratamientos teóricamente correctos.
- El dolor cambia de características sin una causa.
- Dolor que empeora, se desencadena por movimientos/ cambios posturales.

- Dolor que despierta por la noche o es de predominio nocturno.
- Localización estricta unilateral (excepto primarias como cefalea en racimos)
- Asociada a fiebre sin foco.
- Vómitos no explicables o en escopetazo.
- Meningismo.
- Papiledema.
- Síntomas/ signos neurológicos focales.
- Alteración del nivel de consciencia.
- Trastorno de conducta o del comportamiento.
- Crisis epilépticas.

### Determinaciones analíticas

#### Sospecha de arteritis de células gigantes

Hemograma, VSG, PCR (En toda persona mayor de 50 años con cefalea de inicio reciente).

En los casos en que pudiese estar indicada la realización de una punción lumbar diagnóstica, eminentemente meningo/encefalitis infecciosas/ inflamatorias, se solicitará hemograma y TAC cerebral (la prueba está contraindicada en caso de  $<50.000$  plaquetas/ $\mu\text{l}$ , coagulopatía, tratamiento con anticoagulantes, o presencia de un proceso expansivo intracraneal).

#### Sospecha de cefalea primaria

Aunque lo que resulta imprescindible desde el punto de vista diagnóstico es descartar en primer lugar la posibilidad de una cefalea secundaria que requeriría tratamiento urgente, desde el punto de vista pronóstico un diagnóstico certero de una cefalea primaria en Urgencias puede resultar de utilidad para iniciar lo antes posible tratamientos preventivos dirigidos, en caso de que fuesen necesarios.

De acuerdo a la clasificación internacional de cefaleas:

#### Crisis de migraña:

- Duración de las crisis de 4-72 horas o 2-72 horas en niños/adolescentes (se refiere a las crisis no tratadas).

- Al menos 2 de los siguientes 4 puntos:
  1. Localización unilateral (un 30-40% pueden ser bilaterales).
  2. Calidad pulsátil (aunque sea en el momento de mayor intensidad o “acmé”; >50% de los pacientes describen un dolor no pulsátil).
  3. Intensidad moderada-grave.
  4. Se agrava con las actividades físicas habituales o impide la realización de estas (por ejemplo, subir escaleras).
- Al menos 1 de los siguientes 2 puntos:
  1. Náuseas y/ vómitos.
  2. Fotofobia y fonofobia. También es frecuente la osmofobia.

#### Cefalea de tipo tensión:

- Duración de 30 minutos a 7 días.
- Al menos 2 de los siguientes 4 puntos:
  1. Localización bilateral.
  2. Calidad opresiva (habitualmente se describe “como un casco”).
  3. Intensidad leve o moderada.
  4. No empeora con la actividad física habitual.
- Sin náuseas ni vómitos.
- Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas).

Para distinguir entre ambos tipos de cefalea cabe destacar que la pregunta que mejor discrimina entre una u otra es si el dolor empeora con la actividad física. En ocasiones en que el paciente duda a este respecto o para evitar dirigir sus respuestas puede preguntarse en sentido contrario: ¿Podría mejorar si hiciese algo de ejercicio?

Respecto a las cefaleas trigémino-autonómicas, cabe comentar los criterios diagnósticos de la cefalea en racimos. Siempre que se sospeche esta entidad, al igual que con las cefaleas secundarias, habrá que ponerse en contacto con el residente de guardia de Neurología.

### Crisis de cefalea en racimos:

- Dolor intenso o muy intenso, estrictamente unilateral, orbitario, supraorbitario o temporal, de 15 a 180 minutos de duración (sin tratamiento).
- Cualquiera o 2 de los siguientes:
  1. Síntomas autonómicos homolaterales (al menos 1): Inyección conjuntival y/o lagrimeo, congestión nasal y/o rinorrea, edema palpebral, sudoración frontal y facial, rubefacción frontal y facial, sensación de taponamiento en los oídos, ptosis y/o miosis.
  2. Sensación de inquietud o agitación.

Las características y criterios diagnósticos del resto de cefaleas primarias escapan al objetivo de este manual. En caso de que las características del cuadro clínico no fuesen las típicas o se sospechase cualquier otro tipo de cefalea primaria habrá que ponerse en contacto con el residente de guardia de Neurología.

Entre las neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales, destaca por su frecuencia (prevalencia de 70/105 habitantes) la neuralgia del trigémino:

- Ataques paroxísticos de distribución en una o más ramas del trigémino, cuya duración oscila entre una fracción de segundo y hasta 2 minutos.
- Intensidad severa.
- Sensación de descarga eléctrica, lancinante, punzante o dolor agudo.
- Se agrava con estímulos inocuos en el lado afecto (áreas gatillo).

## TRATAMIENTO

El paciente con migraña conocida que acude a Urgencias por una crisis de migraña lo hace habitualmente porque ésta no ha cedido con los analgésicos que utiliza habitualmente. Cuando la crisis se prolonga más de 72 horas se considera “estatus migrañoso”.

En primer lugar, es conveniente trasladar al paciente a una de las habitaciones con cama que se disponen en Urgencias si es posible, en un ambiente oscuro y silencioso.

### Primera opción:

- Ketorolaco 30 mg (Toradol®) por vía endovenosa (grado de evidencia II)
- Metoclopramida 10-20 mg (Primperan®) por vía endovenosa (grado de evidencia II)

- Fluidoterapia endovenosa: Suero fisiológico (grado de evidencia IV)
- Diazepam 5 mg (Valium®) (grado de evidencia IV) por vía endovenosa (infusión muy lenta, riesgo de hipotensión) o intramuscular. Puede utilizarse ya que se trata de un fármaco que puede ayudar a reducir la ansiedad que acompaña el dolor y facilitar el sueño lo que habitualmente mejora el dolor).
- En caso de intolerancia digestiva, hipertensión arterial, otra contraindicación para el uso de AINES se sugiere utilizar metamizol 2 g (Nolotil®) por vía endovenosa, teniendo en cuenta que podría descender la presión arterial. En caso de alergia a AINES se indicaría paracetamol 1 g (Paracetamol®) por vía endovenosa.
- Una opción en pacientes con insuficiencia renal en los que los AINEs estén contraindicados y que no respondan a Paracetamol® sería el uso de tramadol (Adolonta®) 50-100 mg.
- En caso de embarazo o lactancia se recomienda utilizar acetaminofén 1 g (Paracetamol®) por vía endovenosa.

#### Segunda opción:

- Dexametasona 4-12 mg por vía endovenosa. Recomendado para el denominado estatus migrañoso (crisis de larga evolución, discapacitante). El uso de esteroides ayuda a que mejore el dolor y reduce el riesgo de recurrencia de la cefalea por lo que puede tener un papel en crisis resistentes, graves o prolongadas.

#### Tercera opción:

- En caso de persistencia de los síntomas el residente de guardia de Neurología planteará ingresar al paciente para tratamiento endovenoso con valproato 400-1000 mg (Depakine®) por vía endovenosa (grado de evidencia IV) clorpromazina 25mg (Largactil®) intravenosa o intramuscular. También se podría plantear la realización de bloqueo del nervio occipital mayor (nivel de evidencia IV).

Si los síntomas mejorasen y el paciente puede ser dado de alta se recomienda indicar tratamiento con naproxeno 550 mg cada 8 horas durante 3 días junto con protector gástrico (omeprazol 20 mg, ranitidina 300 mg, etc.) durante el tiempo en que tome AINES. En caso de contraindicación, acetaminofén 1 g (Paracetamol®) cada 8 horas durante 3 días.

En pacientes con migraña, la indicación de tratamiento con triptanes o tratamiento preventivo de cefaleas es preferible que se realice desde la consulta de Neurología.

\*El tratamiento con oxígeno a alto flujo para crisis de migraña no ha demostrado eficacia por lo que no se recomienda (grado de evidencia II).

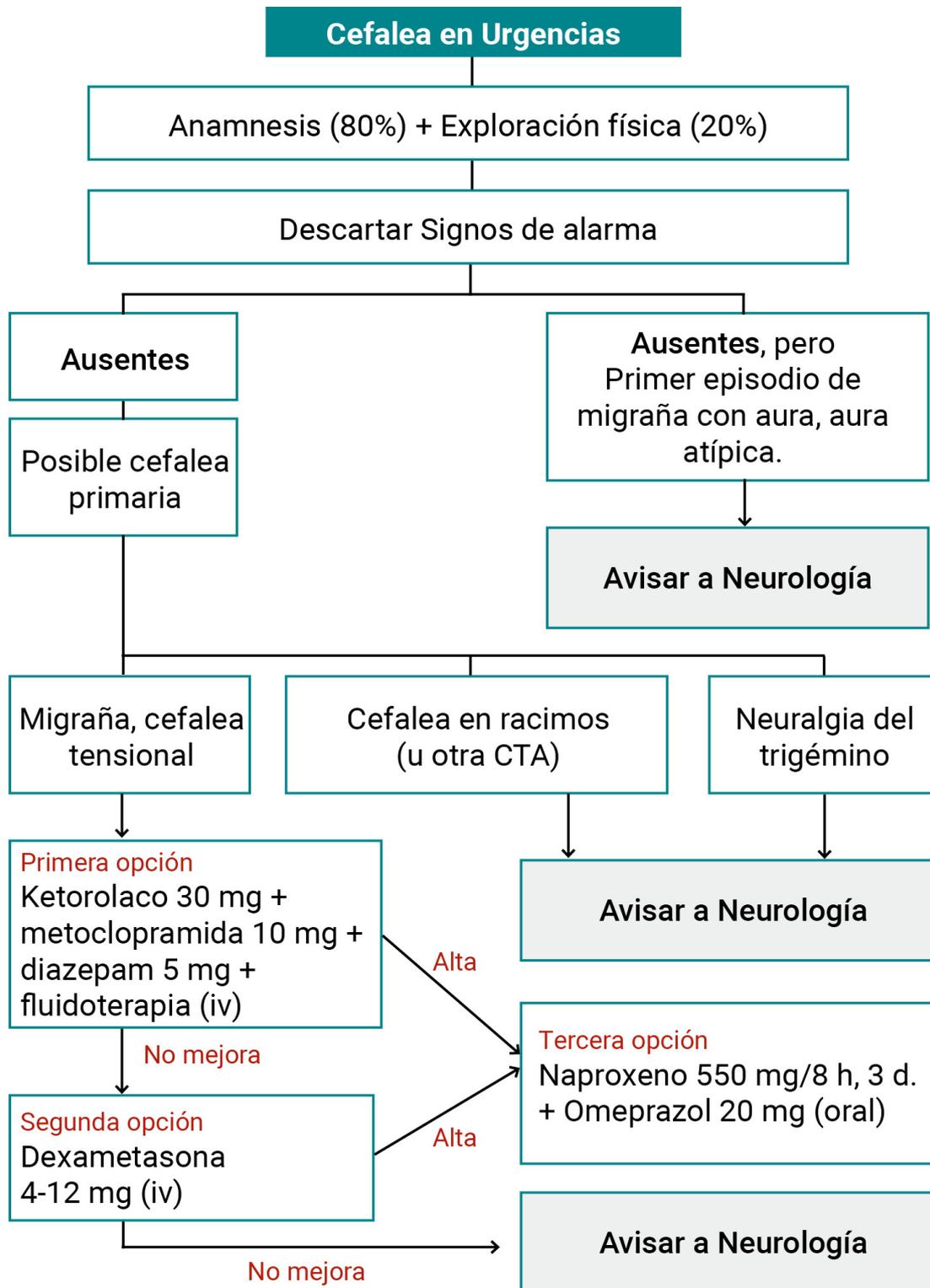
En el caso de crisis de cefalea de tipo tensión se seguirá el mismo esquema que se ha comentado en la primera opción. En caso de que los síntomas no cediesen se avisará al residente de guardia

de Neurología ante la sospecha de que pudiese tratarse de una cefalea secundaria.

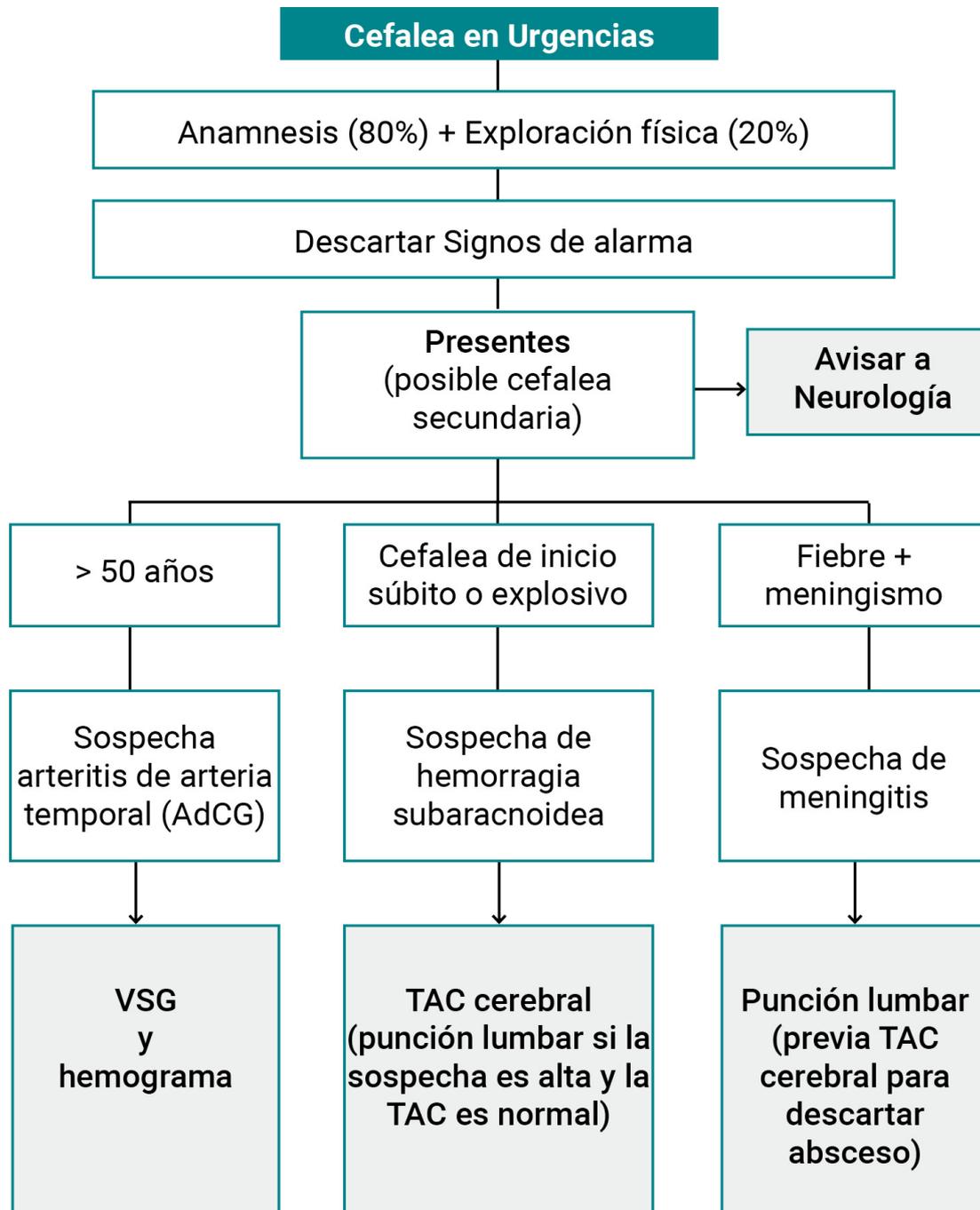
En caso de que el paciente acudiese a Urgencias con una crisis de cefalea en racimos se avisará al residente de Neurología. El tratamiento incluye la administración de oxígeno. El paciente deberá permanecer en sedestación, respirar lenta y profundamente. Se colocará una mascarilla con reservorio, con flujo a más de 12 l/minuto, durante al menos 15 minutos antes de decidir que no es eficaz. También puede utilizarse sumatriptan 6 mg (Imigran®) subcutáneo (grado de evidencia I).

Igualmente, ante la sospecha de neuralgia del trigémino se avisará al residente de guardia de Neurología. Entre las posibilidades de tratamiento se incluye la carbamacepina o oxcarbacepina oral (nivel de evidencia I). Otras posibilidades son eslicarbazepina, gabapentina.

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



## ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



AdCG: arteritis de células gigantes

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Headache Classification of the Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013; 33: 629-808.
2. Irimia P, et al. Guía básica de la cefalea en Urgencias.
3. Sánchez del Río M, Medrano V, Pozo P, Ruiz L, Torres M. Fisiopatología, métodos diagnósticos, criterios de derivación y criterios de hospitalización. En: Ezpeleta D, Pozo P, editores. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. 2015. Madrid: Luzán 5; 2015. p. 35-57.
4. Lainez JM, Pascual J, Velasco F, Zarranz JJ. Capítulo 9: cefaleas y algias craneofaciales. *Neurología*. Zarranz JJ, editor. 5a ed. Barcelona. Madrid: Ed. Elsevier; 2013. p. 111-36.
5. Molina FJ. Aproximación diagnóstica al paciente con cefalea. En: Migraña y otras cefaleas. Mateos V, editor. Madrid: Elsevier Masson; 2011. p. 31-62.
6. British Association for the Study of Headache. <http://www.bash.org.uk>