

Cefalea: signos de alarma

Patricia Cantos Montealegre
R1 de MFYC del CS de Rafalafena
Tutora: Maria José Monedero Mira



ÍNDICE

1. Epidemiología
2. Estudio inicial de una cefalea
3. Señales de alarma
4. Exploraciones complementarias
5. Objetivo del estudio
6. Procesos urgentes
7. Cefaleas secundarias
8. Cefaleas primarias
9. Criterios de derivación
10. Conclusiones



Epidemiología

- La cefalea es el motivo de consulta neurológica más frecuente en AP y el principal en las consultas de neurología.

Tabla I. Prevalencia de cefaleas primarias y secundarias en un estudio poblacional⁹

Cefaleas primarias

Migraña sin aura	9%
Migraña con aura	6%
Cefalea tipo tensión episódica	63%
Cefalea tipo tensión crónica	3%
Cefalea punzante idiopática	2%
Cefalea por compresión externa	4%
Cefalea por estímulos fríos	15%
Cefalea benigna de la tos	1%
Cefalea por ejercicio físico	1%
Cefalea asociada con la actividad sexual	1%

Cefaleas secundarias

Cefalea por resaca	72%
Cefalea por fiebre	63%
Cefalea asociada a trauma craneal	4%
Cefalea asociada a trastornos vasculares	1%
Cefalea asociada a trastorno intracraneal de origen no vascular	0,5%
Cefalea por ingesta o supresión de sustancias	3%
Cefalea asociada a alteraciones metabólicas	22%
Ayuno sin hipoglucemia	19%
Cefalea asociada a alteraciones en la nariz o los senos	15%
Cefalea asociada a alteraciones oculares	3%
Cefalea asociada a alteraciones de los oídos	0,5%
Neuralgias craneales	0,5%



Estudio inicial de una cefalea

- ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?
- Forma de inicio: súbita, progresiva, tiempo hasta el acmé...
- Características:
 - Localización
 - Tipo de dolor: pulsátil, opresivo...
 - Aura
 - Sintomatología acompañante: foto o sonofobia, náuseas y/o vómitos, etc
 - Factores de alivio o agravantes
 - Si toma o no analgesia, de qué tipo y si mejora
- Exploración neurológica
- Fondo de ojo



Señales de alarma

Cefalea de inicio reciente en:

- Paciente > 50 años →
 - Neoplasia →
 - Inmunodepresión →
 - Riesgo aumentado de sangrado →
- Arteritis de la temporal
Metástasis intracraneales
Infecciones del SNC
Hemorragias intracraneales

Características atípicas:

- Inicio brusco o explosivo tras esfuerzo o Valsalva HTIC ó malformación de Chiari
- Inicio reciente con empeoramiento progresivo en intensidad o frecuencia
- Falta de respuesta a un tratamiento con buena respuesta anterior
- Cambios de características sin causa aparente
- Empeoramiento o desencadenamiento ante cambios posturales Cefalea por hipotensión licuoral
- Despierta por la noche o predominio nocturno HTIC
- Localización unilateral estricta (excepto las cefaleas primarias unilaterales, como la cefalea en racimos)



Señales de alarma

Síntomas/signos asociados

- Fiebre sin foco
- Vómitos sin criterio de cefalea primaria o en escopetazo
- Síndrome meníngeo
- Papiledema
- Síntomas o signos neurológicos focales
- Alteración del nivel de conciencia
- Trastorno de conducta o del comportamiento
- Crisis epiléptica

Exploración sistémica anormal



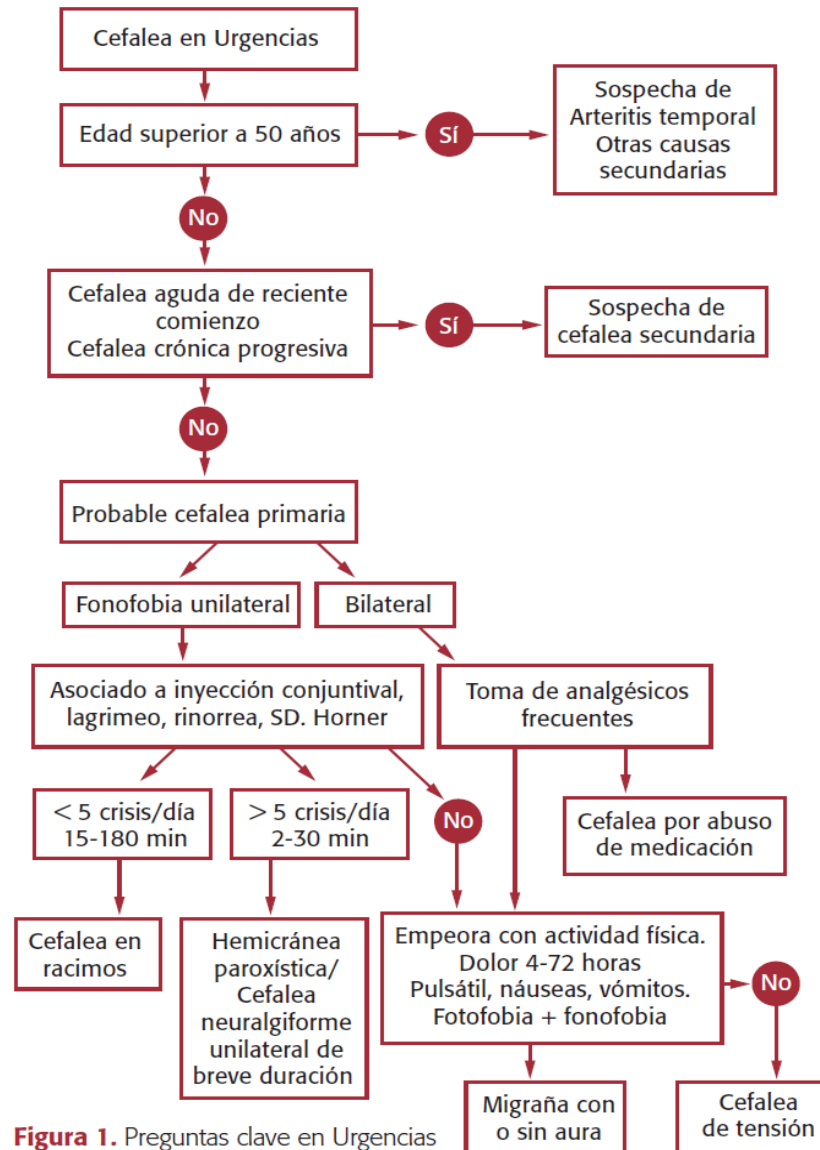


Figura 1. Preguntas clave en Urgencias para establecer el riesgo de cefalea secundaria y realizar un diagnóstico diferencial de las cefaleas primarias.



Exploraciones complementarias

Tabla II. Determinaciones analíticas según la sospecha diagnóstica

- Arteritis de células gigantes: VSG, PCR
- Vasculitis, lupus: VSG, PCR, FR y ANA
- Origen infeccioso: transaminasas, serologías (VIH, enfermedad de Lyme, VEB, otras)
- Alteraciones hormonales: hormonas hipofisarias o tiroideas
- Insuficiencia renal: creatinina y urea
- Anemia: hemograma
- Alteraciones iónicas: sodio, calcio
- Feocromocitoma: catecolaminas y metabolitos en orina
- Neurosarcoidosis: ECA
- Cefalea atribuida a hipoxia o hipercapnia: gasometría
- Cefalalgia cardíaca: CK, CK-MB y troponina I
- Cefalea por la administración de sustancias: alcoholemia, tóxicos en orina, niveles de fármacos
- MELAS: lactato, estudio genético de ADN mitocondrial
- CADASIL: mutación del gen *NOTCH3*
- En caso de objetivarse numerosas lesiones de sustancia blanca en la neuroimagen o auras atípicas: estudio de coagulopatía

ADN: ácido desoxirribonucleico; ANA: anticuerpos antinucleares; CADASIL: *cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy*; CK: creatinincinasa; ECA: enzima convertidora de angiotensina; FR: factor reumatoide; MELAS: *mitochondrial encephalomyopathy, lactic acidosis, and stroke-like episodes*; PCR: proteína C reactiva; VEB: virus de Epstein-Barr; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VSG: velocidad de sedimentación globular.



Tabla III. Indicaciones (sospecha de) para la realización de punción lumbar en pacientes con cefalea

- Meningoencefalitis infecciosas o inflamatorias
- Metástasis leptomeníngeas
- Hemorragia subaracnoidea con TC craneal normal
- Hipertensión intracraneal idiopática
- Hipotensión de LCR: evitarla si el cuadro clínico es claro y la resonancia cerebral con contraste muestra hallazgos característicos
- Puede plantearse en pacientes con cefalea crónica desde el inicio de reciente comienzo, sin abuso de analgésicos y estudio etiológico negativo

LCR: líquido cefalorraquídeo; TC: tomografía computarizada.



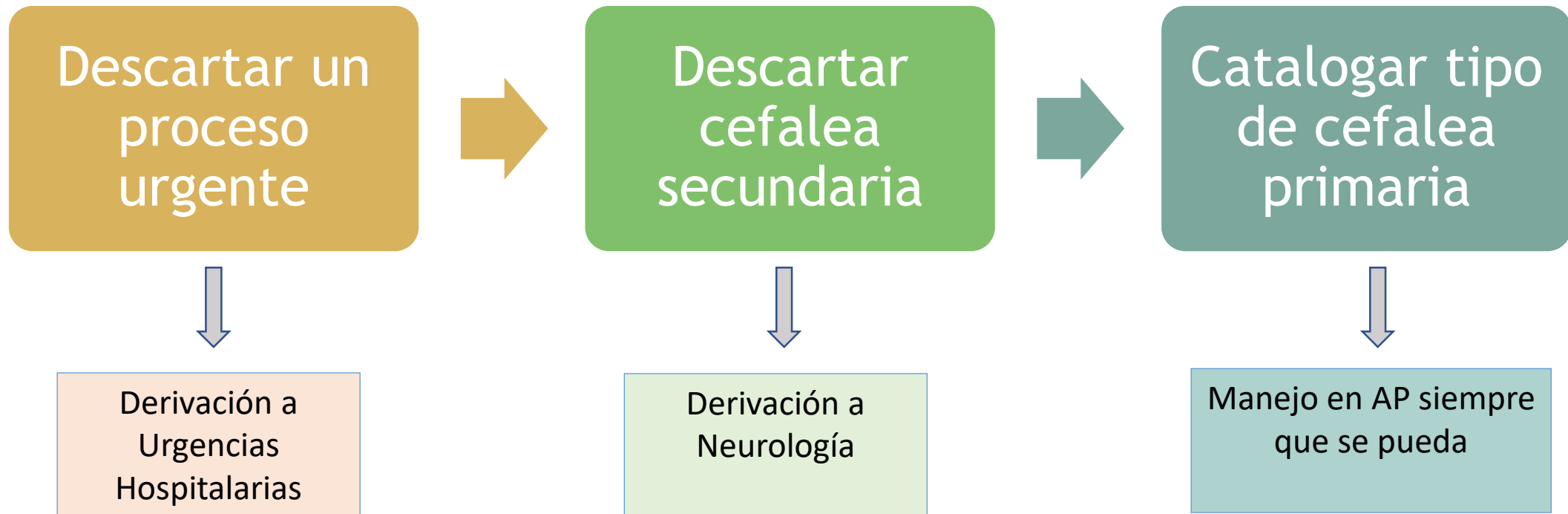
Neuroimagen

- Son las pruebas de mayor rentabilidad para el estudio de pacientes con cefalea.
- La presencia de signos de alarma hace necesaria la realización para excluir muchas de las causas de cefalea secundaria.

Tomografía computarizada	Resonancia magnética
<ul style="list-style-type: none">• TCE• Hemorragia subaracnoidea• Alteraciones óseas• Contraindicaciones para la RM (p.ej: portadores de marcapasos)	Se recomienda dada su mayor sensibilidad y rentabilidad diagnóstica



Objetivo del estudio



1. Procesos urgentes

Arteritis de células gigantes

Infección intracraneal

Ictus (isquémico, hemorragia intraparenquimatosas, disección arterial)

Hemorragia subaracnoidea



Arteritis de células gigantes

- Sensibilidad del 93'5% y especificidad de 91% si se cumplen 3 de los siguientes criterios:

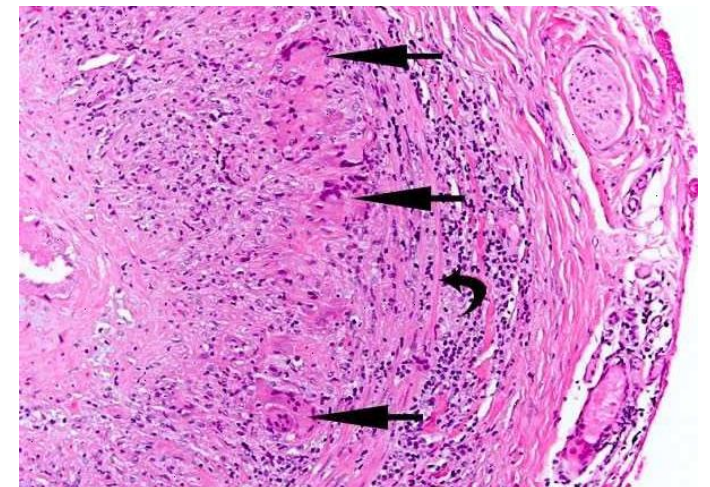
Edad > 50 años

Cefalea de reciente aparición

Arterias temporales engrosadas y dolorosas

VSG >50mm

Biopsia de la arteria temporal compatible



Sospecha arteritis de células gigantes

Síntomas
visuales

Derivación a Urgencias
hospitalarias

Resto de
síntomas

Derivación a Neurología de
forma preferente



Debemos ir pidiendo una analítica básica que incluya PCR, VSG, etc



Infección intracraneal

Meningitis

- Dolor de cabeza intenso (difuso o localizado en nuca), con frecuencia pulsátil.
- Rigidez nuchal.
- Fiebre.
- Fotofobia.
- Postración.
- Náuseas, vómitos.
- Alteraciones del nivel de consciencia (síndrome meníngeo).

Absceso cerebral

- Cefalea sorda, constante, que se agrava con el esfuerzo.
- Puede no acompañarse de síndrome meníngeo.

Empiema subdural

- Cefalea lateralizada, cuya intensidad suele ir paralela al crecimiento del empiema.
- Síntomas de las posibles complicaciones, como la rotura.



Ictus

Isquémico

- Cefalea continua, opresiva, bilateral, que empeora con el movimiento y dura un promedio de 3 días.
- Infartos corticales (territorio verebrobasilar) > infartos lacunares.

Hemorragia intracraneal

- Cefalea de inicio brusco (en trueno).
- Hemorragias de localización cerebelosa o lobar occipital > profundas.
- La presencia de cefalea desde le momento inicial aumenta la mortalidad a los 30 días.

Disección arterial

- Cefalea unilateral (ipsilateral a la lesión).
- Dolor cervical.
- Soplos.
- Mareos.
- Síncope.
- Amaurosis fugax.
- Síndrome de Horner.
- Tumefacción facial.
- Disgeusia.



Hemorragia subaracnoidea

- Los siguientes criterios tienen una sensibilidad del 98'5% y una especificidad del 27'5%:

Cefalea intensa de comienzo súbito (cefalea en trueno)

Edad > 40 años.

Dolor cervical o rigidez.

Si ha existido disminución del nivel de conciencia en algún momento.

Si la cefalea se inició después de algún esfuerzo.



2. Cefalea secundaria

Traumatismo craneal

Trastornos vasculares

Alteraciones estructurales craneales

Infecciones

Neuralgias



Tabla X. Rasgos similares de cefaleas primarias y secundarias

Cefalea primaria	Rasgo	Cefalea secundaria
Migraña	Pulsatilidad, empeora con esfuerzo, náuseas, vómitos, fotofobia	Meningitis HSA Trombosis de senos
	Aura visual atípica	Ictus
Trigémico autonómicas	Ptosis, miosis	Diseccción carotídea
	Dolor orbitario, ojo rojo, alteraciones pupilares	Glaucoma de ángulo cerrado
Cefalea tensional	Holocraneal, opresiva, intensidad leve o moderada	Muy inespecífica, múltiples procesos
Síndrome miofascial	Dolor en región temporal	Arteritis de la temporal



3. Cefalea primaria

Migraña con o sin aura.

Cefalea tensional.

Cefalea en racimos (cluster).

Neuralgia del trigémino

Cefalea por abuso de analgésicos y/o ergóticos.



Migraña

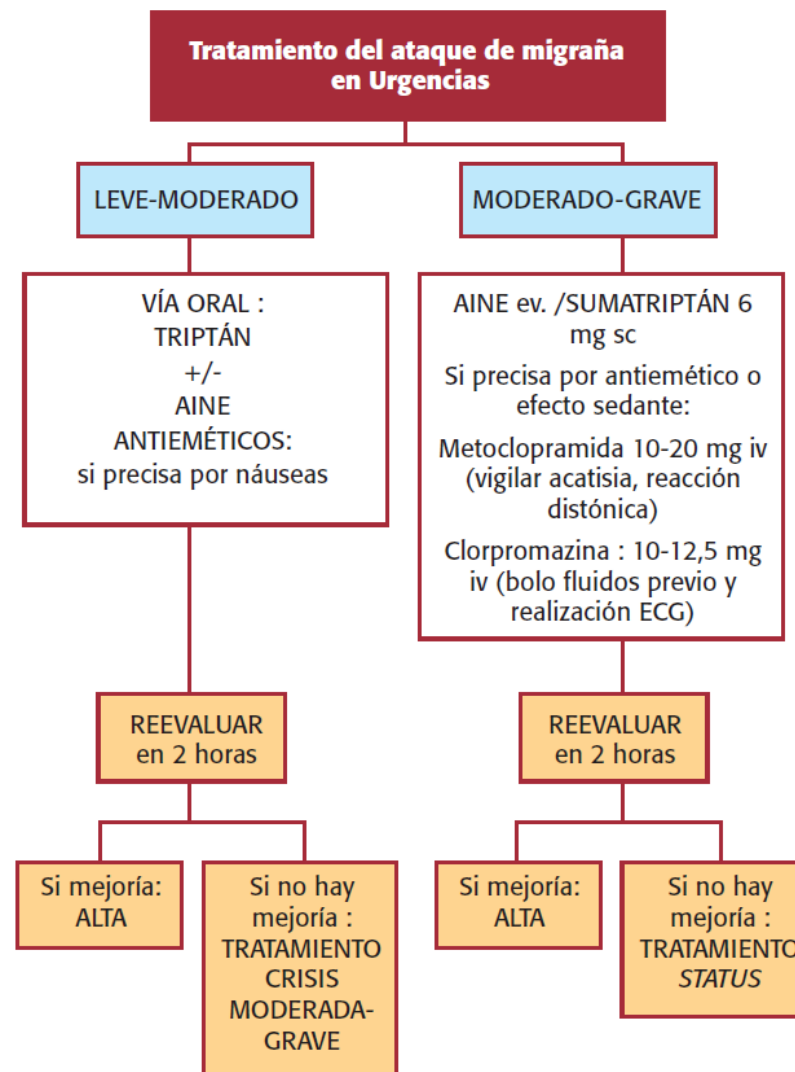
- Tratamiento del ataque agudo:

Tabla XI. Fármacos utilizados en el ataque de migraña

Triptanes	AINE	Antieméticos	Sedación
Almotriptán 12,5 mg	Dexketoprofeno (50-100 mg)	Metoclopramida 10 mg	Diazepam 5-10 mg
Eletriptán 40 mg	Didofenaco (75 mg)	Domperidona 10-30 mg	
Rizatriptán 10 mg	Ibuprofeno (600-1.200 mg)		
Sumatriptán 50-100 mg	Naproxeno (550-1.100 mg)		
Zolmitriptán 5 mg			

El frovatriptán y naratriptán no se suelen usar a nivel de Urgencias por tener un inicio de acción más lento.

Los triptanes deben tomarse al inicio de la cefalea, no del aura!



Es recomendable que el paciente esté en una habitación con mínima luz y ruidos posible.



- Tratamiento preventivo:

Tabla XIII. Fármacos para uso como tratamiento preventivo en la migraña

Tipo tratamiento preventivo	Compuesto	Dosis
β-bloqueantes	Propranolol	40-160 mg
	Nadolol	40-160 mg
	Atenolol	50-200 mg
Neuromoduladores	Topiramato	50-200 mg
	Valproato	300-1.500 mg
IECA/ARA-II	Lisinopril	5-20 mg
	Candesartán	8-32 mg
Antagonistas del calcio	Flunarizina	2,5-10 mg
Antidepresivos	Amitriptilina	10-75 mg
	Venlafaxina	75-100 mg

Otros tratamientos preventivos cuya evidencia aún no está muy clara:

- Inyecciones de toxina botulínica.
- Se están desarrollando fármacos biológicos preventivos.

❖ Derivamos si:

- Síntomas muy frecuentes (>3 episodios/mes) e incapacitantes.
- Duda diagnóstica.
- SI DESPUÉS DE INSTAURAR AL MENOS UN TRATAMIENTO PREVENTIVO CORRECTAMENTE, NO SE CONSIGUIE CONTROLAR.
- Contraindicación para los principales fármacos preventivos.



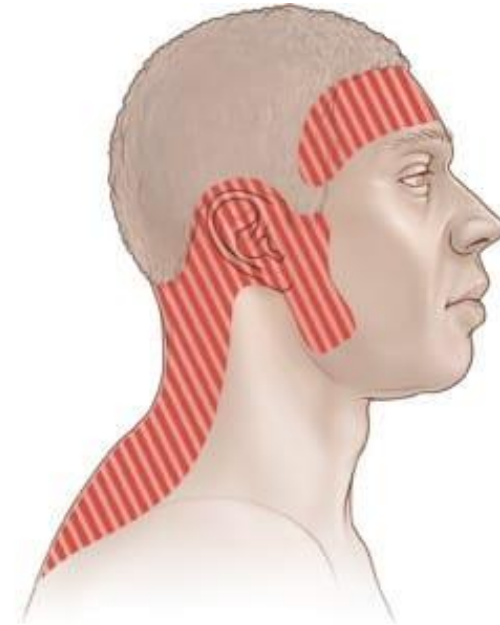
Cefalea tensional

- Tratamiento del ataque: AINEs

¡Insistir en NO ABUSAR de analgésicos!

- Tratamiento preventivo: amitriptilina 10-75mg

- ✓ Episodios frecuentes (>8-9 al mes)
- ✓ Intensidad moderada-grave (incapacitantes)
- ✓ Abuso de analgésicos sin control del dolor



Cefalea en racimos (cluster)

- Tratamiento del ataque agudo:

Tratamiento en Urgencias

**Oxigenoterapia 100 %
+
Sumatriptán 6 mg SC**

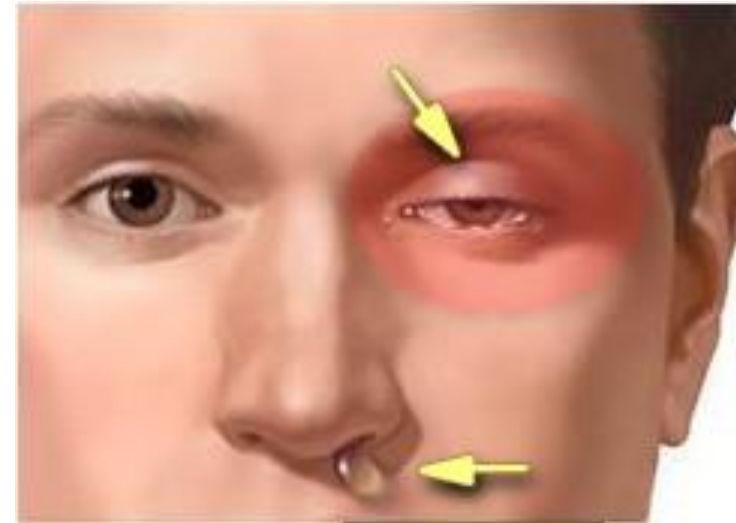
Alternativa:
Sumatriptán 20 mg
nasal
Zolmitriptán 10 mg
nasal

**No
Respuesta**

**Metilprednisolona
250 mg EV
+/-
Ácido valproico
400mg EV
+/-**

**Bloqueo N. occipital
(si disponible)**

Valorar tratamiento de
síntomas
concomitantes:
náuseas, ansiedad, etc.



- Tratamiento preventivo:

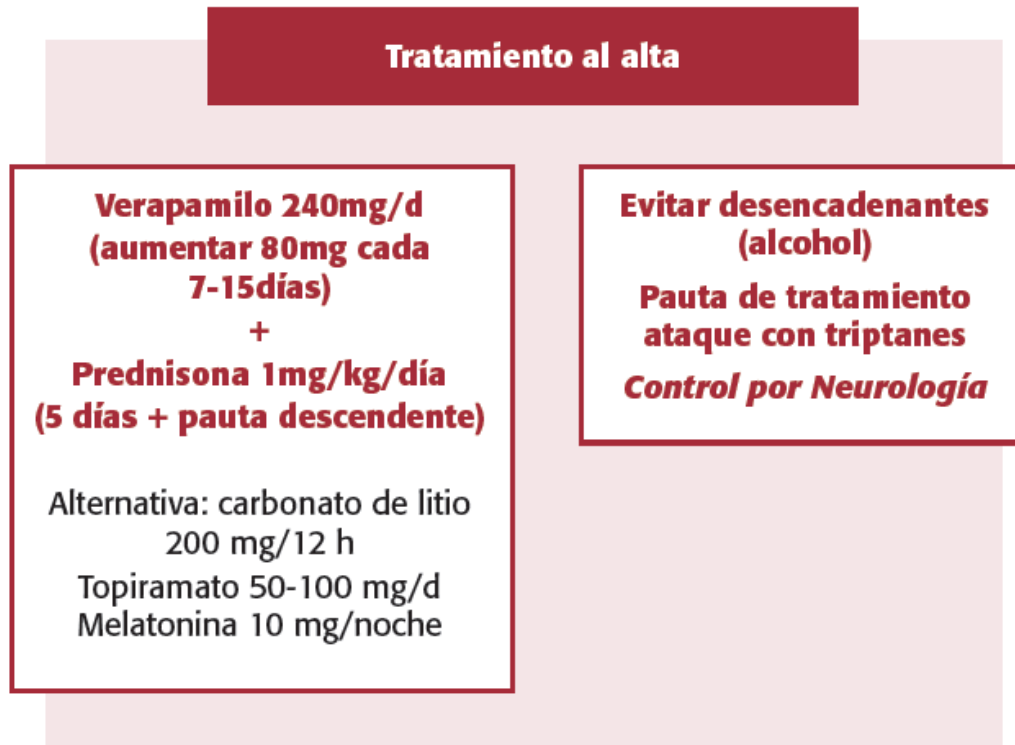


Tabla XV. Fármacos utilizados en el tratamiento preventivo de la cefalea en racimos

Tratamiento preventivo	Contraindicaciones
Verapamilo 240-960 mg/d oral	Bloqueos o insuficiencia cardiaca
Melatonina 10 mg/día oral	
Carbonato de litio 600-900 mg/día oral	Insuficiencia renal grave
Topiramato 50-200 mg/día oral	Nefrolitiasis
Ácido valproico 500-2000 mg/día oral	Edad fértil (precaución)
Gabapentina 800-3600 mg/día oral	
Prednisona 60-100 mg/día oral (7 días)	Diabetes (precaución)
Bloqueo anestésico/corticoides nervios occipitales mayores	



Neuralgia del trigémino

- Debido a la breve duración de los episodios, el tratamiento del dolor de urgencia no es eficaz.

- Oxicodona de liberación rápida
- Bloqueo anestésico punto/s trigger

- Sí que es necesario tratamiento preventivo SIEMPRE:

Tabla XVI. Fármacos utilizados en el tratamiento de la neuralgia

Fármaco	Dosis	Grado de recomendación
Carbamazepina	200-1.200 mg/día vo (2 o 3 tomas)	Nivel A
Oxcarbazepina	600-2.400 mg/día vo (2 o 3 tomas)	Nivel B
Eslicarbazepina	800-1.200 mg/día (1 o 2 tomas)	Nivel B
Baclofeno	15-75 mg/día (3 tomas)	Nivel C
Gabapentina	900-2.400 mg/día (3 tomas)	Nivel C
Pregabalina	300-600 mg/día (2 tomas)	Nivel C
Clonazepam	1-2 mg/día (2 tomas)	Nivel C



Cefalea por abuso de analgésicos

Tabla XIX. Tratamiento de la cefalea por abuso de analgésicos

Régimen tratamiento	Ambulatorio (de elección) Hospitalario: fracaso de régimen ambulatorio, abuso de opioides y/o tranquilizantes y depresión
Cese administración sustancia	Brusca: ergóticos, triptanes y analgésicos no opioides. Lenta: opioides, tranquilizantes, combinaciones analgésicos
Tratamiento cefalea por supresión	Naproxeno 500 mg/12 h durante 2 semanas Prednisona 60-100 mg/día durante 1-2 semanas (pauta descendente)
Tratamiento otros síntomas	Benzodiacepinas, antieméticos
Tratamiento preventivo cefalea previa	Topiramato, propranolol, amitriptilina u otros tratamientos preventivos de la cefalea primaria que suele ser una migraña



Criterios de derivación

- De Atención Primaria a Urgencias Hospitalarias:
 - ✓ Cefalea de presentación aguda, sobre todo si se sospecha una hemorragia subaracnoidea.
 - ✓ Cefalea de presentación aguda de etiología no aclarada.
 - ✓ Sospecha de cefalea secundaria grave.
 - ✓ Cefalea con focalidad neurológica, signos de irritación meníngea y alteración del nivel de consciencia con o sin aumento de T^a.
 - ✓ Persistencia de cefalea intensa a pesar de tratamiento sintomático adecuado.



■ De Atención Primaria a Neurología General:

- ✓ Sospecha clínica (o confirmación si se han pedido pruebas) de cefalea secundaria que no precisa (por su gravedad o rápida aparición) derivación a Urgencias (carácter preferente).
- ✓ Presencia de signos anormales en la exploración neurológica o signos deficitarios, que de nuevo por su rapidez o aparente gravedad no precisan derivación a Urgencias (carácter preferente).
- ✓ Dificultad diagnóstica.
- ✓ Cefalea trigémino-autonómicas (carácter preferente).
- ✓ Hemicránea continua y paroxística.
- ✓ Neuralgias (normal o preferente, dependiendo de la situación del paciente).
- ✓ Cefalea por abuso de analgésicos, cuando en AP no se pueda resolver la situación.
- ✓ Cefalea primaria o secundaria que no mejora tras al menos un intento terapéutico preventivo.



Conclusiones

- La mayoría de las cefaleas se pueden diagnosticar mediante una buena historia clínica y una exploración neurológica minuciosa.
- Debemos estar atentos y preguntar siempre por signos de alarma para descartar casos urgentes y cefaleas secundarias.
- Las pruebas de neuroimagen son las de mayor rentabilidad para el estudio de pacientes con cefalea y signos de alarma.
 - NO están indicadas de rutina en pacientes sin signos de alarma, salvo en las cefaleas trigémino-autonómicas.
 - Es preferible la RM frente al TC en la mayoría de casos (nivel de evidencia III, grado de recomendación B).
- La mayoría de cefaleas primarias pueden ser manejadas en atención primaria, estando indicado realizar interconsulta a neurología solo en casos concretos.



Bibliografía

- Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología (SEN). *Guía oficial de práctica clínica en cefaleas del 2015*, Madrid.
- Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología (SEN). *Guía práctica diagnóstico terapéutica de la cefalea del adulto y el niño en Urgencias del 2016*, Madrid.
- Primary Care Management of Headache in adults. Clinical Practice Guideline. [Internet.] September 2016. Disponible en: http://www.topalbertadoctors.org/download/597/Guideline%20for%20Primary%20Care%20Management%20of%20Headache%20in%20Adults.pdf?_20180713215257.
- Becker WJ, Findlay T, Moga C, Scott NA, Harstall C, Taenzer P. Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician*. 2015;61:670-9.
- Calero S, Coletti S. Cefalea con señales de alarma, ¿qué pruebas necesita? *Revista AMF* 2018;14(11):648-652.
- Tratamiento de la migraña. Volumen 26, N°9, 2018. INFAC.

