

# Actualización

## Evaluación y tratamiento de las cefaleas

Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *The Lancet* 2003; 362:419-27).

### EL ALCANCE CLÍNICO DE LA CEFALEA

Las cefaleas recurrentes son motivo de consulta cuando son discapacitantes, muy frecuentes o se asocian con síntomas neurológicos o sistémicos.

Si bien la cefalea tensional episódica afecta anualmente al 38% de la población adulta en los EEUU, raramente requiere atención médica debido a la ausencia de síntomas asociados y la escasa discapacidad que produce.

La cefalea en racimos (o cluster) es, por el contrario, altamente discapacitante y se acompaña de una amplia gama de manifestaciones autonómicas, sin embargo debido a su baja prevalencia en la población (menor a 0,1%) es infrecuente de ver en la práctica clínica diaria.

La migraña es por lejos el motivo de consulta más frecuente por su alta prevalencia, su significativa discapacidad y su estrecha asociación con síntomas neurológicos o gastrointestinales. Una reciente investigación demostró que el 90% de las consultas por cefalea en los centros de atención primaria corresponden a pacientes que reúnen criterios para migraña según lo establecido por la Sociedad Internacional de Cefaleas, mientras que sólo un 3% presentan cefalea tensional episódica<sup>1</sup>. La migraña, que afecta al 18% de las mujeres y al 6% de los hombres en los EEUU permanece por lo general sub-diagnosticada y sub-tratada.

Un estudio poblacional mostró que menos del 50% de los pacientes con criterios diagnósticos para migraña habían sido diagnosticados correctamente<sup>2</sup>. Probablemente, la causa del error diagnóstico haya sido el inadecuado entrenamiento clínico ya que sólo el 48% de los internistas y el 62% de los médicos de familia había reportado sentirse capacitados para tratar pacientes con cefaleas. Esto no es sorprendente considerando que un 42% de los migrañosos no diagnosticados han sido categorizados como portadores de una cefalea asociada con una sinusopatía y un 32%, como pacientes con cefalea tensional. Se requiere de una evaluación crítica de los criterios actualmente utilizados en la identificación de la migraña para lograr reducir estos importantes errores diagnósticos.

### CEFALÉAS: SECUENCIA DIAGNÓSTICA

Debido a que la etiología de la cefalea puede variar dentro de un amplio rango de situaciones clínicas (desde banales a catastróficas) el paso inicial en la evaluación de un paciente con cefalea consiste en descartar el origen secundario de la misma. Cuando una o más de las "banderas rojas" (cuadro 1) están presentes deberán realizarse estudios por imágenes y/o análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR).

**Cuadro 1: banderas rojas para cefaleas de origen secundario.**

**Cambios significativos o progresión en el patrón de la cefalea.**

**Cefalea que el paciente describe como la "primera" o "peor" de su vida.**

**Cefalea de comienzo abrupto, incluyendo aquellas que despiertan al paciente mientras duerme.**

**Anormalidades en el examen físico general o neurológico.**

**Síntomas neurológicos que duran más de una hora.**

**Cefaleas de reciente comienzo en pacientes menores de 5 años o mayores de 50.**

**Cefaleas de reciente comienzo en pacientes oncológicos, inmunodeprimidos o embarazadas.**

**Cefaleas asociadas con alteración o pérdida del estado de conciencia.**

**Cefaleas desencadenadas por el ejercicio, actividad sexual o maniobras de Valsalva.**

Con respecto a los estudios por imágenes, la evidencia actualmente disponible es insuficiente para establecer si la tomografía axial computada (TAC) o la resonancia magnética nuclear (RMN) es más sensible para el diagnóstico de las condiciones clínicas asociadas que pueden presentarse con cefalea y que se pretende descartar. El electroencefalograma (EEG) no es recomendado como herramienta útil en la evaluación de un paciente con cefalea. Una vez excluidas las causas secundarias, las cefaleas primarias pueden dividirse en episódicas y crónicas. El término crónico es utilizado por la Sociedad Internacional de Cefaleas para definir aquellos episodios de dolor presentes por más de 15 días en el mes y durante más de seis meses.

Alrededor del 4% de la población adulta en los EEUU padece cefalea crónica diaria, siendo las modalidades más frecuentes, las formas crónicas de migraña o de cefalea tensional.

Si bien se desconocen las bases fisiopatológicas involucradas en la transformación de la cefalea episódica en crónica, traumas físicos o emocionales, cambios significativos en la vida de la persona, intervenciones quirúrgicas o las variaciones hormonales en el caso de las mujeres pueden actuar como desencadenantes. Muy a menudo estos paciente recurren al uso abusivo de analgésicos, descongestivos, relajantes musculares, sedantes o ansiolíticos, los que perpetuarían la cefalea.

También debe prestarse atención a la presencia de comorbilidades como depresión, ansiedad, insomnio o fibromialgia, así como al grado de discapacidad que genera en el paciente el dolor de cabeza. La mayoría de los pacientes asistidos en centros de atención primaria presentan cefaleas primarias episódicas.

El diagnóstico tradicional se fundamenta en un paradigma basado en síntomas y fue inicialmente desarrollado por la Sociedad Internacional de Cefaleas para ser aplicado en estudios de investigación clínica<sup>3</sup>. Sin embargo, la gran superposición de síntomas entre las cefaleas primarias ha generado preocupación acerca de la especificidad de este sistema.



Dentro de las cefaleas primarias, la tensional es la menos característica debido a la ausencia de síntomas asociadas. El dolor es por lo general leve o moderado, usualmente bilateral y no pulsátil. Suele mejorar con la actividad física y el estrés es el factor desencadenante más común. Como es muy poca la discapacidad que produce, raramente es motivo de consulta en centros de atención primaria o clínicas especializadas.

La cefalea en racimo se distingue por su patrón temporal de crisis recurrentes a lo largo de semanas o meses. Los episodios duran de minutos a horas, siendo el dolor unilateral y preferentemente periorbitario, muy intenso y acompañado de síntomas autonómicos como epifora, congestión nasal o rinorrea. Como ya se ha dicho, debido a su baja prevalencia es un infrecuente motivo de consulta.

En el caso de la migraña, su sub-diagnóstico ha cuestionado la utilización de un sistema basado en síntomas. Las características de los ataques de migraña varían entre pacientes e incluso entre distintos episodios en un mismo paciente.

Si bien el dolor es típicamente unilateral y pulsátil, un 40% de los migrañosos lo reportan como bilateral y la mitad de ellos como no-pulsátil. Datos recientes señalan que el 46% de los pacientes con migraña presentan síntomas autonómicos (congestión nasal, epifora) a menudo atribuibles a cefaleas de origen sinusal. Sorprendentemente, un 90% de estas últimas reúnen criterios diagnósticos de migraña según la Sociedad Internacional de Cefaleas. Otras investigaciones han reportado que un 75% de los migrañosos presentan dolor en la región cervical durante las crisis de dolor, característica típica de las cefaleas tensionales.

La inherente variabilidad del dolor (descripción, localización) factores desencadenantes (cambios en la presión barométrica, estrés) y de los síntomas asociados (autonómicos, cervicalgia) explican el subdiagnóstico y el error diagnóstico cuando el mismo está orientado en un modelo basado en los síntomas.

Dentro de las alternativas propuestas, un instrumento conocido como (Rastreo Breve de la Cefalea, en inglés "Brief Headache Screen"<sup>4</sup>) ha sido validado para su uso en atención primaria correlacionándose de manera adecuada con los criterios diagnósticos de migraña actualmente en uso. Una versión modificada consistente en cuatro preguntas ha sido adoptada por la Academia Americana de Neurología y se presenta a continuación:

1. ¿Cuán a menudo sufre de cefaleas severas?
2. ¿Cuán a menudo sufre de otro tipo de cefaleas (leves)?
3. ¿Cuán a menudo toma medicamentos para aliviar el dolor?
4. ¿Se han producido cambios en sus cefaleas durante los últimos seis meses?

## TRATAMIENTO DE LAS CEFALÉAS PRIMARIAS

Debido a que una amplia variedad de cefaleas mejoran luego de la administración de triptanes, la respuesta al tratamiento no debe ser utilizada como herramienta diagnóstica de migraña u otras cefaleas primarias.

La cefalea tensional puede ser adecuadamente tratada con terapias no farmacológicas tales como ejercicios de relajación, estrategias para el control del estrés o psicoterapia. Las crisis agudas pueden resolverse con la administración de analgésicos comunes, limitando su uso a dos a tres días a la semana para evitar la aparición de cefalea asociada al abuso de medicación. No hay evidencia suficiente que establezca que los relajantes musculares son efectivos para el tratamiento de la cefalea tensional episódica. En aquellos pacientes con cefalea tensional crónica, la combinación de anti-depresivos (no hay datos comparativos adecuados que recomien-

den el uso de un determinado antidepresivo sobre otros) y estrategias para el control del estrés, ha demostrado ser más efectiva que su uso en forma aislada.

La cefalea en racimo a menudo se resuelve con la administración de corticoides o ergotamina durante las primeras dos a cuatro semanas. En caso de prolongarse el episodio de dolor, será necesario recurrir al uso de verapamilo, metisergida o litio durante varios meses. La administración de oxígeno a razón de 7 a 12L/minutos durante 15 minutos es el tratamiento de elección para el episodio agudo de cefalea en racimo. El sumatriptán por vía subcutánea ha demostrado ser el agente abortivo más efectivo. Alternativamente pueden también utilizarse: dihidroergotamina parenteral, sumatriptán o lidocaína intranasales. Luego de una detallada revisión de todos los estudios controlados con placebo, el Consorcio de Cefaleas de los EEUU publicó guías clínicas basadas en evidencias<sup>5</sup> para el tratamiento agudo y preventivo de las migrañas en atención primaria. Ver cuadro 2.

La elección de un tratamiento efectivo deberá estar basado en dos aspectos: uno relacionado con las características del dolor y el otro con variables del paciente. Por ejemplo, aquellos pacientes con crisis migrañosas muy frecuentes o altamente discapacitantes son candidatos para un tratamiento preventivo, mientras que aquellos en quienes el dolor se instala rápidamente o se acompaña de prominentes síntomas gastrointestinales probablemente requieran la administración de fármacos para el tratamiento agudo de la crisis que además puedan ser recibidos por una ruta diferente a la oral. Deberán tenerse en cuenta variables del paciente tales como: edad, sexo, mujeres en edad fértil, hipertensión arterial o enfermedad vascular. Otras comorbilidades asociadas con la migraña como depresión, ansiedad, colon irritable o epilepsia deberán considerarse en el momento de la elección del tratamiento.

Existe evidencia suficiente que avala la eficacia y tolerabilidad de los antiinflamatorios no esteroideos como drogas de primera línea en el tratamiento de las crisis agudas de migraña. Cuando estos no son tolerados por el paciente o no han logrado controlar el dolor luego de dos horas (falla terapéutica) se deberá recurrir al uso de agonistas serotoninérgicos 1B/1D (triptanes) o dihidroergotamina. La existencia de patología vascular o cardíaca, hipertensión arterial no controlada y las variantes hemipléjica o basilar de la migraña, contraindican el uso de estos fármacos. Los opioides deberán reservarse para aquellas circunstancias en las que las terapias agudas han fallado o están contraindicadas.

Para evitar la cefalea por abuso de medicación, se recomienda limitar a dos días a la semana las terapias agudas.

El tratamiento rápido y efectivo de las crisis de dolor, revirtiendo o previniendo la discapacidad que generan y minimizando el uso de medicamentos de "rescate" es el objetivo primordial de las terapias agudas.

La evidencia actualmente disponible señala que el tratamiento precoz de la migraña, mientras aún se encuentra en su fase leve, garantiza la eficacia terapéutica reduciendo la presencia de efectos adversos y la recurrencia del dolor. El uso de los triptanes en estas etapas precoces ha permitido también reducir sustancialmente los costos por ataques tratados.

La mayoría de los pacientes migrañosos no experimenta un alivio completo del dolor con las monoterapias, de manera tal que regímenes terapéuticos que contemplen dos posibles opciones de tratamiento resultan ser más efectivos que aquellos en los que existe una única opción para el manejo de la crisis aguda.

Ejercicios de relajación, biofeedback térmico o electromiográfico y terapias cognitivo-conductuales pueden ser usadas en combinación

con el tratamiento farmacológico maximizando la estabilización y prevención de la migraña.

Los fármacos preventivos están indicados cuando el paciente experimenta más de dos crisis dolorosas por semana, han fallado o están contraindicadas las terapias agudas o se presentan síndromes migrañosos inusuales (auras prolongadas, formas basilar o hemipléjica o infartos migrañosos). El objetivo de estas terapias preventivas consiste en reducir la duración, frecuencia y severidad de los ataques. Dentro de los fármacos de primera elección se encuentran ciertos b-bloqueantes, antidepresivos tricíclicos y anticomiciales (ver cuadro 2). Los beneficios clínicos suelen evidenciarse a los dos meses y recién luego de haber logrado un período de estabilidad de por lo menos seis meses podrá considerarse la suspensión del fármaco preventivo utilizado. Para asegurar su efectividad deberá evitarse el uso abusivo de medicamentos para las crisis agudas (más de dos días a la semana).

## Cuadro 2: recomendaciones para el tratamiento de la migraña de la Academia Americana de Medicina Familiar y de Medicina.

### Terapias agudas

#### Anti-inflamatorios no esteroideos como drogas de primera línea

- Aspirina (325 a 975mg/dosis vía oral).
- Ibuprofeno (400 a 800mg/dosis vía oral).
- Naproxeno sódico (375 a 550mg/dosis vía oral).
- Ácido tolfenámico (200 a 400mg/dosis vía oral).

#### Combinación de acetaminofeno + aspirina + cafeína (2 tabletas/dosis vía oral)

#### Agentes migrañosos específicos (falla de los anti-inflamatorios no esteroideos)

- Dihidroergotamina (0,5 a 1mg/dosis intranasal) no disponible en Argentina.
- Naratriptán (1 a 2,5mg/dosis vía oral).
- Sumatriptán (50 a 100mg/dosis vía oral, 6mg/dosis subcutáneo).
- Rizatriptán (5 a 10mg/dosis vía oral).
- Zolmitriptán (2,5 a 5mg/dosis vía oral).

### Terapias preventivas

#### Fármacos de primera línea

- Amitriptilina (25 a 150mg/día).
- Propranolol (80 a 240mg/día).
- Timolol (20 a 30mg/día).
- Valproato sódico (800 a 1500mg/día).

## CONCLUSIONES

La discusión de los riesgos, beneficios y una clara definición de los alcances del tratamiento para evitar falsas expectativas son un aspecto fundamental si se desea lograr un adecuado impacto terapéutico.

### Comentario

La cefalea, sin duda alguna, constituye el motivo de consulta más frecuente en centros de atención primaria y consultorios de neurología. Genera inquietud no sólo en quien la padece y su entorno familiar, sino también en quien debe asistirlo.

Un interrogatorio detallado acerca de los antecedentes familiares y personales, así como de las características del dolor, sumado al examen clínico general y neurológico, permitirán establecer diagnósticos presuntivos y delinear la estrategia de estudios complementarios necesarios para llegar a un diagnóstico de certeza.

Es fundamental darle información al paciente acerca de la enfermedad que padece, los fármacos disponibles para su tratamiento y el pronóstico de la enfermedad. No hay que despertar falsas expectativas: no hay cura definitiva para la migraña o la cefalea en racimos, hay alivio.

El buen manejo del paciente con "dolor de cabeza" reside en el adecuado conocimiento del tema por el médico tratante. Es crucial evitar el uso de fármacos con efectos adversos inconvenientes o el exceso de fármacos y, fundamentalmente, poder establecer con el paciente una relación de plena confianza para disminuir sus temores y colaborar en el alcance de la principal meta deseada: la mejoría de la calidad de vida.

**Dra. Liliana Patrucco** [ Servicio de Neurología. Hospital Italiano de Buenos Aires ]

### Bibliografía Recomendada

- 1- Dowson A, Dahlof C, Tepper S, Newman L. Prevalence and diagnosis of migraine in a primary care setting. *Cephalalgia*. 2000; 22:590.
- 2- Lipton R, Diamond S, Reed M, et al. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41:638-645.
- 3- Headache Classification Committee of The International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1998; 8 (suppl 7): 1-96.
- 4- Maizels M, Burchette R.A rapid and sensitive paradigm for screening headache patients in primary care. *Headache* 2002; 42:416-417.
- 5- Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache. *Neurology* 2000; 55:754-763.

