

Cefalea: signo/síntoma o enfermedad *per se*

R. DÍAZ JOVER, M. REVUELTA RIZO, A. PARERA RUIZ Y E. CATALÀ PUIGBÓ

RESUMEN

La cefalea es el 10.^o síntoma más frecuente en las mujeres y el 14.^o en los hombres, y presenta su pico de prevalencia alrededor de los 40 años¹. A partir de los 65 años, aunque es menos frecuente que en individuos jóvenes, una cefalea de nueva aparición o el cambio de patrón en una cefalea crónica se presentan como un reto diagnóstico debido al aumento de la incidencia de causas secundarias a enfermedades malignas en este grupo de población². Algunas de las cefaleas secundarias en pacientes de edad avanzada incluyen la hemorragia subaracnoidea o intracraneal, el ictus isquémico, farmacológicas, las arteritis de la temporal y los tumores o la infección del sistema nervioso central (SNC)². Las cefaleas de tipo clúster (CC) pertenecen a un grupo denominado cefaleas trigémino-autonómicas (CTA) (Tabla 1). Las CTA son cefaleas primarias con un fenotipo clínico común consistente en dolor trigeminal unilateral junto con síntomas autonómicos ipsilaterales, que incluyen lagrimeo, rinorrea y miosis^{3,4}. La edad media de inicio suelen ser los 28-30 años de edad, por lo que se debe tener especial precaución al diagnosticarla en pacientes de edad avanzada. Debido a esta excepcionalidad, se requieren estudios de neuroimagen para descartar causas secundarias². Presentamos un caso clínico de una cefalea inicialmente orientada como cefalea primaria de tipo clúster en un paciente de edad avanzada; la clínica de la cefalea y la respiratoria hacen sospechar de enfermedad maligna antes de la aparición de focalidad neurológica y de la realización del diagnóstico mediante pruebas de imagen. (DOLOR. 2018;33:)

Palabras clave: Cefalea. Síntomas. Enfermedad.

ABSTRACT

Cephalalgia is the 10th and the 14th most frequent symptom in women and men respectively. It has a peak prevalence at the age of 40¹. After the age of 65, although with less frequency than in young individuals, a new onset of cephalalgia or a change of pattern in a chronic cephalalgia brings up a diagnostic challenge due to an increased incidence of side effects from malignant diseases within this population group².

Some of the secondary headaches in elderly patients include subarachnoid or intracranial hemorrhage, ischemic stroke, pharmacological, temporal arteritis, and central nervous system (CNS) tumors or infection². Cluster headache (CC) belong to a group called trigeminal-autonomic cephalalgias (TACs). TACs are primary headaches with a common clinical phenotype consisting of unilateral trigeminal pain with ipsilateral autonomic signs, which may include lacrimation, rhinorrhea and miosis^{3,4}. The average age of onset is usually 28-30 years of age, so special care should be taken when diagnosing it in elderly patients. Due to this exceptionality, neuroimaging studies are required to rule out secondary causes². We discuss the case report of an elderly patient with a cephalalgia initially identified as a Cluster headache. Cephalalgia and respiratory clinical features suggest a malignant disease before the appearance of neurologic focus and the diagnosis through an imaging test. (DOLOR. 2018;33:47-50)

Key words: Cephalalgia. Symptoms. Illness.

Corresponding author: Rubén Díaz Jover, rubendiazjov@gmail.com

Tabla 1. Comparación de las CTA⁴

	Cefalea clúster	HP	Síndrome de SUNCT	HC
Epidemiología				
Sexo (hombre:mujer)	3:1	1:3	8:1	1:1,8
Prevalencia	0,9%	0,02%	Muy poco común	Poco común
Edad de inicio	28-30 años	20-40 años	20-50 años	20-30 años
Dolor				
Calidad	Perforante, palpitante	Perforante	Punzante	Presión
Intensidad	Extremadamente intensa	Intensa	De moderado a intenso	Moderada
Localización	Periorbitaria	Orbital, temporal	Orbital, temporal	Temporal
Duración de la crisis	15-120 min	2-45 min	5-250 s	Fluctuante
Frecuencia de la crisis	1-8 al día	1-40 al día	De 1 al día a 30 a la hora	Constante con ataques superpuestos
Síntomas autonómicos	++	++	+	+
Ritmo circadiano	+	-	-	-

CASO CLÍNICO

Varón de 65 años, derivado de Medicina Familiar y Comunitaria por una CC izquierda de tres meses de evolución con mal control del dolor. Como antecedentes destaca lo siguiente: tabaquismo activo, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS).

Valorado previamente por Neurología (NRL), inicialmente se le realiza un diagnóstico diferencial entre CTA y arteritis de la temporal, y empieza un tratamiento con corticoides; presenta una mejoría inicial, pero posteriormente, un empeoramiento. Tras descartar el diagnóstico de una arteritis de la temporal, se suspende el tratamiento corticoideo y se orienta el caso como una CTA. El paciente realiza un tratamiento con indometacina, sin presentar respuesta, y posteriormente con verapamilo 80 mg cada 8 h y tramadol/paracetamol a demanda. Refiere que en una ocasión el tratamiento con oxígeno mejoró mucho la sintomatología. Como exploraciones complementarias presenta una TC craneal realizada tres meses atrás sin lesiones intracraneales y una RM craneal efectuada 15 días antes de la visita, valorada por NRL, sin lesiones aparentes.

En nuestra visita, el paciente refiere una cefalea frontal continua (escala verbal numérica [EVN] 2-3), con

episodios de dolor muy intenso (EVN 10), de características no lancinantes, de 2 h de duración, con irradiación a la zona temporal y el trigémino V1 y V2 acompañada de hiperestesia cutánea y lagrimeo ocular. También refiere disnea a mínimos esfuerzos y ortopnea desde el inicio del tratamiento con verapamilo, por lo que disminuyó la dosis a 80 mg/día. Presenta algias generalizadas y en la exploración física destaca una cianosis periférica en los dedos de la mano y acropaquias. La exploración neurológica no presenta alteraciones.

Destaca el perfil de paciente anárquico en la anamnesis, al seguimiento del tratamiento y al enfoque de la enfermedad.

Dado que en las pruebas de imagen no se aprecian lesiones intracraneales, y dada la gran intensidad del dolor, siguiendo el algoritmo de tratamiento de la CC en nuestro hospital se propone al paciente la realización de una infiltración transnasal del ganglio esfenopalatino a través de catéter Allevio (SPG nerve block catheter 5Fx8.5cm [JT110500850, JET MEDICAL INC, Schwenksville, USA])[®], con lidocaína en gel al 2% (Fig. 1). El paciente refiere no querer realizar técnicas intervencionistas, por lo que se optimiza el tratamiento médico analgésico.

Al mismo tiempo, debido al empeoramiento subagudo de la clínica respiratoria y a la presencia de acropaquias y cianosis en la exploración física, y al



Figura 1. Bloqueo del ganglio esfenopalatino con un catéter Allevio-transnasal®.

tratarse de un paciente fumador activo con enfermedad respiratoria (EPOC y SAHS) sin tratamiento, se deriva al servicio de Respiratorio para una valoración de forma Preferente. También se avanza la visita con NRL para el reestudio de la cefalea, dado que las características de la cefalea no cumplen los criterios de la CTA, y la clínica respiratoria y la actitud del paciente hacen sospechar que no se trata únicamente de una cefalea primaria.

A la semana el paciente consulta a Urgencias por una clínica compatible con paresia del III par craneal. La TC muestra una lesión infiltrante del seno cavernoso izquierdo. Dados los antecedentes respiratorios y la disnea, se le realiza una TC toracoabdominal, donde se observa un proceso neofornativo pulmonar primario asociado con diseminación ganglionar, hepática y ósea.

DISCUSIÓN

En pacientes de edad avanzada, dado que las cefaleas son menos frecuentes y puesto que presentan una mayor probabilidad de cefaleas secundarias, hay que tener un especial cuidado en el diagnóstico y tratamiento de una cefalea *de novo* o ante el cambio de patrón en una cefalea previa. Se requiere una correcta evaluación de las características de la cefalea, los antecedentes patológicos y el tratamiento

habitual para elaborar un plan de diagnóstico y tratamiento adecuado para los pacientes.

El correcto diagnóstico de la CC se basa en una serie de criterios diagnósticos definidos por la IHS⁵, al menos cinco ataques que cumplan completamente los criterios B-D:

- B: ataques de cefalea unilateral intensos o muy intensos, orbitarios, supraorbitarios y/o temporales, que duran de 15 a 180 min cuando no se tratan.
- C: la cefalea se acompaña de al menos uno de los siguientes síntomas ipsilaterales al dolor (síntomas autonómicos): enrojecimiento de los ojos o lagrimeo, congestión nasal y/o rinorrea, edema palpebral, sensación de inquietud y agitación (síntomas autonómicos).
- D: la frecuencia de los ataques varía de uno cada dos días a ocho al día.

El tratamiento de la CC se divide en agudo, destinado a abortar el «ataque agudo» de cefalea, y «terapia profiláctica», para prevenir los ataques recurrentes durante el periodo de brote. Los agentes abortivos más utilizados son el sumatriptán subcutáneo y la inhalación de oxígeno al 100%^{3,6}. Dada la corta duración del episodio y la rapidez de instauración del máximo nivel de dolor, la mayoría de los pacientes requieren un tratamiento preventivo, que incluye: verapamilo (elección), carbonato de litio, corticosteroides, metisergida, topiramato y otros^{3,6}. A pesar del tratamiento farmacológico, algunos de estos pacientes siguen sufriendo cefaleas.

El ganglio esfenopalatino es una estructura extracranial situada en la fosa pterigopalatina que contiene componentes autónomos (tanto simpáticos como parasimpáticos) y se ha implicado en la fisiopatología de la CC. Se han utilizado numerosas técnicas intervencionistas: gotas de lidocaína intranasal, inyección intranasal de lidocaína, bloqueo nervioso, ablación por radiofrecuencia, resección quirúrgica, radiocirugía, criocirugía y radioterapia⁵.

Se tienen que identificar los signos y síntomas de alarma asociados a cefaleas secundarias por enfermedades malignas (Tabla 2). Nuestro paciente presentaba las siguientes características: inicio > 50 años de edad, reciente, progresiva y sin presentar respuesta al tratamiento establecido.

Dentro de las causas secundarias, los pacientes con edad avanzada presentan mayor probabilidad de tumores en el SNC. Las cefaleas secundarias a tumores del SNC son más intensas cuando el tumor afecta a

Tabla 2. Signos/síntomas de alarma de las cefaleas secundarias

– Inicio a partir de los 50 años
– Inicio explosivo o coincidente con el ejercicio
– Reciente y progresiva
– Inicio súbito
– Sin respuesta al tratamiento establecido
– Fiebre y signos meníngeos
– Empeora con el sueño, el decúbito o Valsalva
– Focalidad neurológica
– Síntomas o signos de hipertensión intracraneal
– Cefalea primaria que cambia de características

las leptomeninges o se localiza a nivel infratentorial, debido a que produce una mayor obstrucción del líquido cefalorraquídeo. Las cefaleas por tumores infratentoriales acostumbra a afectar a la región occipital, mientras que los supratentoriales suelen afectar a nivel frontal. Generalmente las cefaleas por aumento de la presión intracraneal son resistentes a

los analgésicos habituales². La resonancia magnética con gadolinio es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico de los tumores del SNC.

La anamnesis y la exploración general pueden orientar sobre la enfermedad principal. En nuestro caso, las características de la cefalea y la descompensación respiratoria, junto con los antecedentes y la exploración física, hacían sospechar que se tratase de una cefalea secundaria. En este caso la cefalea fue un síntoma, no una enfermedad *per se*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capobianco D. Headache in the elderly. *Adv Stud Med.* 2003;(3):556-61.
2. Sharma, TL. Common Primary and Secondary Causes of Headache in the Elderly. *Headache.* 2018;58(3):479-84.
3. International Association for the Study of Pain (IASP). Cefaleas trigémino-autonómicas. Año global contra el dolor de cabeza. Oct/2011-2012.
4. May A. Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet.* 2005;366(9488):843-55.
5. International Headache Society. International Classification of Headache Disorders. 3rd Edition (ICHD-3). *Cephalalgia.* 2018;38(1):1-211.
6. Ansarinia M, Rezaei A, Tepper SJ, Steiner CP, Stump J, Stanton-Hicks M, et al. Electrical Stimulation of Sphenopalatine Ganglion for Acute Treatment of Cluster Headaches. *Headache.* 2010;50(7):1164-74.