

---

---

## TRABAJOS DE REVISIÓN

---

---

### DIAGNÓSTICO DE LAS CEFALEAS

*Otman Fernández Concepción<sup>1</sup> y Alejandro Pando Cabrera<sup>1</sup>*

Descriptores DeCS: CEFALAGIA/diagnóstico

Subject headings: HEADACHE/diagnosis

La cefalea, cefalalgia o dolor de cabeza constituye la causa más frecuente de consulta médica en cualquier latitud<sup>1-4</sup> y la interpretación que tienen los pacientes de su padecimiento es tan variada como causas de cefalea existen, desde un simple trastorno de refracción hasta la común sospecha del temido tumor cerebral. Es el médico de quien el paciente espera una respuesta, y su capacidad y pensamiento lógico quienes determinan que esa respuesta sea convincente y certera. Para el médico, el dolor de cabeza debe constituir un síntoma, que acompaña varios síndromes neurológicos y no neurológicos, o un síndrome por sí solo, con una serie de características y manifestaciones asociadas, que puede estar determinado por muchas causas. El diagnóstico de cefalea es sólo el punto de partida de un procedimiento diagnóstico encaminado a la determinación de la etiología, de quien únicamente depende el tratamiento a imponer.

En la época actual el desarrollo tecnológico de los medios diagnósticos, sobre todo de imagen, ha traído un beneficio enorme en el diagnóstico de muchas de las cau-

sas más importantes de cefalalgia, pero igualmente la dependencia de muchos médicos e incluso neurólogos de los mismos, olvidando que las características clínicas ayudan a diagnosticar la mayor parte de las causas. Iniciamos esta exposición con algunas recomendaciones para el médico que se enfrenta a un paciente con cefalea:

1. Realice un interrogatorio exhaustivo sobre las características del dolor, manifestaciones acompañantes y características temporales.
2. Realice examen físico neurológico y clínico detallados, incluyendo fondo de ojo.
3. Utilice los medios complementarios únicamente cuando los 2 aspectos anteriores han llevado a la sospecha de una lesión estructural intracraneal.
4. Preste especial atención a algunos elementos que consideramos de alarma, en un paciente con cefalea:
  - Cefalea de reciente comienzo, sobre todo después de los 30 años
  - Cefalea de carácter progresivo

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Neurología

- Cefalea muy focalizada en un área de la cabeza
- Cefalea que despierta al paciente en la madrugada
- Presencia de signos neurológicos focales
- Crisis epilépticas asociadas
- Presencia de papiledema bilateral.

El interrogatorio debe ser exhaustivo en buscar los datos necesarios para el diagnóstico causal y otros de importancia terapéutica. Proponemos un cuestionario donde esperamos tener en cuenta todos los elementos a considerar:

1. ¿Es un problema nuevo o un padecimiento previo? ¿Desde cuándo le duele?
2. ¿Cómo, dónde, cuándo y con qué intensidad le duele?
3. ¿Se siente algo más que el dolor de cabeza?
4. ¿Qué factores o hechos le desencadenan el dolor?
5. ¿Qué hace cuando le duele y cómo se alivia?
6. ¿Cuánto le dura?
7. ¿Con qué frecuencia se presenta?
8. ¿Padece de alguna enfermedad o tiene antecedente médico de interés?
9. ¿Tiene familiares que presentan lo mismo?
10. ¿A qué se dedica a diario?

La primera interrogante a resolver está relacionada con el tiempo de evolución de la cefalea: aguda o crónica.<sup>5</sup> Tiene implicaciones diagnósticas diferentes un dolor que aparece por primera vez evolucionando en minutos, horas, o días; a un padecimiento de semanas, meses o años.

La segunda pregunta explora las características de la cefalea, datos que en muchos casos son diagnósticos *per se*. El

*¿cómo?*, busca el carácter del dolor que puede ser pulsátil, opresivo, quemante, lancinante, el *¿dónde?*, define su topografía (hemicraneal, frontal, occipital, frontooccipital, facial, difusa, etc.); el *¿cuándo?*, explora el momento del día en que aparece; tiene implicaciones diferentes, una cefalea que se presenta preferentemente en las horas de la madrugada y la mañana, a otra que aparece en horas de la tarde o en cualquier horario del día. La intensidad es otro factor a considerar aunque es un elemento subjetivo, pues depende del umbral doloroso de cada individuo y de las características de su personalidad.

Cuando se interroga sobre si siente algo más que el dolor de cabeza, estamos precisando las posibles manifestaciones que lo acompañan, algunas de las cuales nos orientan hacia determinados tipos de cefalea o nos alertan sobre procesos más graves. También es importante determinar los factores o hechos que desencadenan el dolor, lo cual además de apoyarnos en el diagnóstico tiene importancia para las posibles medidas terapéuticas a aplicar.

Al interrogar sobre lo que hace el paciente cuando tiene el dolor nos aclara aún más sobre la verdadera intensidad. Una persona que durante el cuadro doloroso deja de realizar sus actividades y guarda reposo, con mayor posibilidad se debe a un dolor intenso, al contrario de otro que puede continuar algunas de sus tareas.

El *¿cómo se alivia?*, nos puede llevar a detalles diagnósticos y a elementos a considerar en el tratamiento. La duración de la cefalea es un dato diagnóstico imprescindible; tiene diferentes posibilidades etiológicas, un dolor mantenido todo el día y durante días, a otro que aparece por crisis de pocas horas de duración. La frecuencia de presentación nos permite subclassificar determinados tipos de cefalalgia y optar por determinadas variantes de tratamiento, por

ejemplo, un migrañoso cuyas crisis se presentan una vez al mes requerirá únicamente tratamiento para la crisis, a diferencia de otro cuyas crisis sean semanales en el que estaría indicado el tratamiento profiláctico con medicamentos.

Como la cefalea puede ser un síntoma que acompaña muchas enfermedades neurológicas y extraneurológicas, el conocimiento de las enfermedades que padece el paciente nos puede orientar hacia el diagnóstico, igualmente algún antecedente médico que pudiera estar relacionado. Un grupo de cefaleas, las migrañosas, son de carácter hereditario, y precisar la existencia de antecedentes familiares puede apoyarnos este diagnóstico.

Finalmente existen 2 preguntas no menos importantes, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento a seguir. Existen determinadas profesiones (dirigentes, secretarías e intelectuales) que están propensos a la cefalea tensional aunque no es privativa de ellos; igualmente las personas con situaciones personales o laborales estresantes son proclives a ella y muchas veces no nos refieren estos elementos que son la clave del diagnóstico y de la posible solución de su cefalea.

Un paciente con dolor de cabeza agudo, de intensidad y demás características variables, acompañado de fiebre, puede deberse a algún proceso infeccioso. Si encontramos además rigidez nuchal, debemos sospechar una meningoencefalitis y estará indicada la punción lumbar y estudio del LCR. La ausencia de signos meníngeos obliga a buscar proceso infeccioso de estructuras vecinas o de carácter sistémico, aunque sin descartar totalmente la infección del sistema nervioso central; sobre todo cuando no se puede precisar otro foco de infección en cuyo caso debe observarse el paciente durante los próximos días.

En ausencia de fiebre, la presencia de signos meníngeos nos obligará a buscar una hemorragia subaracnoidea, estando

indicada la TAC de cráneo simple y cuando esto es impracticable y no existen signos focales, la punción lumbar en busca de hematíes en el LCR. La presencia de hematíes crenados o de un sobrenadante xantocrómico tras la centrifugación pueden ser útiles para la diferenciación de una punción hemorrágica, siempre que el análisis del LCR sea rápido.

Cuando esta cefalea de debut súbito se acompaña de signos neurológicos focales, también de inicio agudo, debe pensarse en un accidente cerebrovascular, más probablemente hemorrágico o embólico, aunque también de naturaleza aterotrombótico arterial o venoso, no estando indicada la punción lumbar, sino la TAC cráneo simple. Un cuadro similar de instalación no tan abrupta pudiera ser provocado por lesiones tumorales, hematoma subdural o absceso cerebral; sobre todo si se asocian signos de hipertensión endocraneana. Ante estas sospechas clínicas los estudios de imagen (TAC y RMN) son imprescindibles.<sup>6</sup>

Si el paciente sin fiebre no presenta signos meníngeos ni neurológicos focales y no existe hipertensión endocraneana, deben precisarse determinados elementos que pueden ser causantes específicos, dentro de los cuales tenemos la crisis hipertensiva, que puede producir una cefalea pulsátil que puede parecerse a la migraña aunque asociada a cifras tensionales elevadas. Otras causas de cefalea de tipo vascular pueden presentarse en casos de exposición prolongada al sol, con el consumo de medicamentos vasodilatadores (nitritos, anticálcicos, etc.), la intoxicación alcohólica (o en algunas personas la simple ingesta de bebidas alcohólicas en pequeñas cantidades) y el consumo de drogas prohibidas como cocaína, crack, heroína, etc. También cuentan en este grupo, la cefalea producida por episodios febriles, por hipoglicemia, el estado postictal y la asociada al período menstrual.

En determinadas oportunidades después de una punción lumbar puede quedar un trayecto fistuloso que deja el trocar de manera transitoria y que produce una cefalea por hipotensión del líquido cefalorraquídeo caracterizada por su aparición cuando el paciente se sienta o se pone de pie y mejora o desaparece con el decúbito.<sup>7</sup> Se ha definido que las mujeres jóvenes y de poca masa corporal y los individuos que padecen de cefaleas crónicas previas, tienen mayor riesgo de sufrir una cefalea pospunción.<sup>8</sup>

También por hipotensión del LCR es la cefalea que produce la hipotensión arterial y la deshidratación, en la cual el interrogatorio y examen físico nos mostrarán los signos de ello y la causa del proceso.

La cefalea que se presenta después de un trauma craneal puede afectar al paciente desde varios días hasta semanas; puede ser difusa o localizada al lugar del trauma y asociarse a un cuadro vertiginoso de igual duración.<sup>9</sup> No obstante, debe observarse en los días sucesivos al trauma, siempre que el examen físico y fondo de ojo muestren normalidad. Especialmente en ancianos o alcohólicos, la persistencia de una cefalea postraumática localizada, aun sin signos focales o hipertensión endocraneana, debe hacernos sospechar un hematoma subdural, a lo cual son más proclives por la atrofia cerebral que presentan habitualmente.

Si el paciente que consultamos presenta una cefalea crónica, precisar la edad de debut es un paso esencial. Las cefaleas que debutan en la niñez, adolescencia y adultez temprana con mucha frecuencia se deben a migraña,<sup>10</sup> mientras que un debut más tardío en la vida se debe a otros procesos, sobre todo la cefalea tensional. La migraña y la cefalea tensional son los tipos más frecuentes de cefalea crónica con tendencia en ocasiones a mezclarse y/o a transformarse en una cefalea crónica diaria, con especial

asociación a trastornos psíquicos y abuso analgésico.<sup>11-13</sup>

Aunque existen criterios diagnósticos establecidos por la Sociedad Internacional de Cefalea (*International society of Headache*),<sup>14</sup> existen características generales que nos permiten orientarnos ante una u otra. Un dolor hemicraneal de carácter pulsátil, que aparece por crisis y dura entre 1-72 horas, asociado a náuseas y/o vómitos, fonofobia y fotofobia, con factores dietéticos y ambientales desencadenantes, y antecedentes familiares de un dolor similar, con mucha probabilidad se trata de una migraña. Si éste es precedido minutos antes por manifestaciones visuales, sensitivas, motoras, etc., que desaparecen con posterioridad, no se deberá a una migraña con aura, sino a una migraña común. Así visto es bastante fácil el diagnóstico, pero la atipicidad es lo común y raramente están presentes todas las características.

Si se trata de un dolor de localización frontal, occipital o frontooccipital, de carácter opresivo que se mantiene por días, especialmente cuando se somete a sobrecarga física o mental y empeora con el transcurso del día, con puntos dolorosos a la palpación de las sienes y la región occipitocervical, estaremos ante una cefalea tensional, la cual puede ser crónica o episódica.<sup>15</sup> Tampoco esperemos encontrar siempre tanta tipicidad y debemos tener en cuenta que este tipo de cefalea se asocia con frecuencia a altos niveles de ansiedad, trastornos depresivos y rasgos histriónicos e hipocondríacos,<sup>13</sup> que pueden enmascarar las verdaderas características y exagerar las manifestaciones. Dolores de cabeza de esta naturaleza, se presentan más frecuentemente en personas cuyo trabajo requiere de atención mantenida o posiciones fijas de la cabeza, así como quienes presentan trastornos de la refracción que se asocian a síntomas astenópicos.

En la migraña como en la cefalea tensional el examen neurológico (incluyendo el fondo de ojo) debe ser normal, y no deben ser indicados de manera rutinaria los estudios de imagen, punción lumbar o electroencefalograma. Este último estudio, muy aferrado en la población y tradicionalmente en la mente de los médicos, según estudios recientes, carece de utilidad para determinar posibles causas estructurales o para identificar los distintos subgrupos de cefalea.<sup>16</sup>

Un paciente con cefalea subaguda o crónica con tendencia progresiva que aumenta con la maniobra de Valsalva (pujos, tos y esfuerzos físicos), que aparece o empeora en la madrugada o en la mañana, acompañada o no de vómitos y oscurecimientos visuales transitorios, debe hacernos pensar en una hipertensión endocraneana, lo cual corroboraríamos con la observación de papiledema bilateral en el fondo de ojo.<sup>4</sup> Las características de la cefalea por hipertensión endocraneana son:

1. Localización difusa
2. Carácter opresivo y, pulsátil o indefinido
3. Más intenso en la madrugada y en el horario de la mañana
4. Aumenta con el esfuerzo, la tos y el pujo
5. Progresivo en el tiempo
6. Manifestaciones asociadas:
  - a) Vómitos (sobre todo en las mañanas)
  - b) Oscurecimientos visuales transitorios
  - c) Constipación
  - d) Bradicardia
  - e) Diplopía (falso signo de focalización)
7. Papiledema bilateral en el FO.

En estos casos están iniciados los estudios imagenológicos<sup>6</sup> (TAC y RMN) tengan o no signos neurológicos focales, pues es muy probable la presencia de una lesión ocupativa intracraneal.<sup>17</sup> Si los estudios de imagen niegan la existencia de este tipo de lesiones, se debe practicar punción lumbar

con medición de la presión del LCR y estudio de éste, a fin de descartar procesos infecciosos crónicos que causan cuadro similar. La hipertensión comprobada del LCR y ausencia de estos procesos llevarán al diagnóstico de una hipertensión endocraneada benigna,<sup>4</sup> diagnóstico estrictamente de exclusión que debe darse con mucha cautela (fig.).

Con menos frecuencia pueden verse pacientes con dolor en región temporal y engrosamiento de la arteria temporal, ancianos, sobre todo del sexo femenino, portadores de fibromialgia reumática con pérdida o no de la visión ipsolateral, en los cuales la existencia de una eritrosedimentación acelerada nos lleva al diagnóstico de una arteritis temporal que se beneficia con el tratamiento esteroideo.<sup>4</sup>

Un paciente masculino entre 20 y 50 años, con dolor orbitario intenso, que se presenta por crisis de pocos minutos u horas de duración, que se repite varias veces al día durante un período para después desaparecer por meses antes de reafectarlo, asociado a signos ipsolaterales como lagrimeo, inyección conjuntival, edema palpebral, o congestión y secreción nasal, o sudación fronto-facial y Horner ipsolateral, en alguna combinación, debe llevarnos a pensar en una cefalea en racimos o *Cluster headache*.<sup>18,19</sup>

Hemos presentado un esbozo orientador de cómo enfrentarnos a una persona cualquiera que clama nuestro servicio por la dolencia común de un dolor de cabeza, así como las características clínicas y conducta a seguir ante las causas más frecuentes. Queremos insistir en que aunque las características comentadas se cumplen en la mayoría de los pacientes existe una gran variabilidad interindividual, por lo que insistimos en que cada enfermo debe verse individualmente y en el medio en que se desarrolla. Recuerde que: no existen enfermedades, sino enfermos.

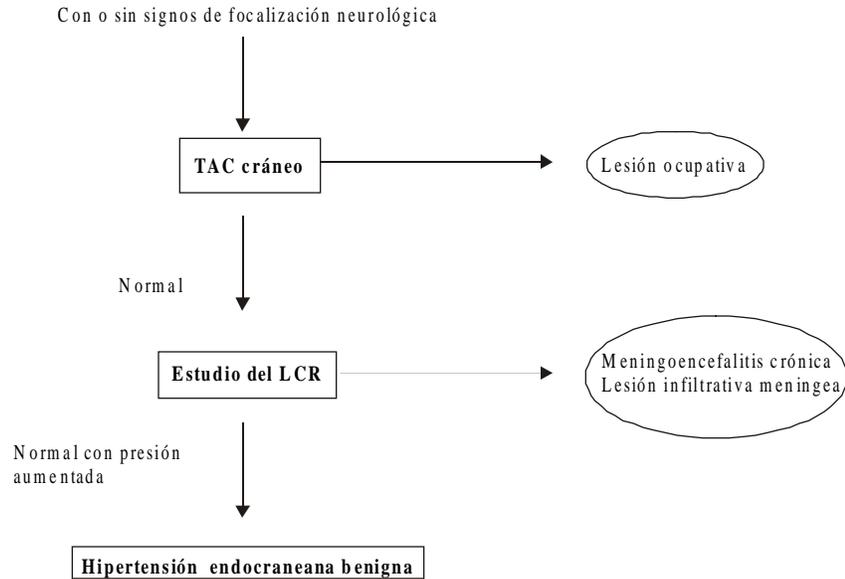


FIG. Conducta ante un paciente con HEC.

## Referencias bibliográficas

- Rasmussen BK, Breslau N. Migraine, Epidemiology. En: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. The headaches, New York: Raven, 1993:169-73.
- HonKasalo ML, Kaprio J, Heikkila K, Sillamp AA M, KosKenvvo M. A population-based survey of headache and migraine in 22809 adults. Headache 1993;33:403-12.
- Cruz Gutiérrez del Olmo M, Schenberg BS, Portera-Sánchez A. Prevalence of neurological diseases in Madrid, Spain. Neuroepidemiology 1989;8:43-7.
- Adams RD, Víctor M, eds. Principles of Neurology. New York: Raven, 1997:1022-6.
- García TJ. La atención médica primaria a los pacientes con cefaleas. En: Actualización Farmacoterapéutica 1989;13(1):3-56.
- Demaerel P, Breolert I, Wilms G, Baerj L. The role of cranial computed tomography in the diagnostic work-up of headache. Headache 1996;36(6):347-8.
- Raskín NH. Lumbar puncture headache: a review. Headache 1990;30:197-200.
- Kuntz KM. Post-lumbar puncture headaches: experience in 501 consecutive procedures. Neurol 1992;42(10):1884-7.
- Warner JS, Fenichel GM. Chronic posttraumatic headache often a myth?. Neurol 1996; 46:915-6.
- Lewis DW, Middlebrook MT, Mechallick L, Rarch TM, Deline C, Thomas EF. Pediatric headaches: what do the children want?. Headache 1998;30(4):224-30.
- Solomon S, Lipton RB, Newman LC. Clinical features of chronic daily headache. Headache 1992;32:325-9.
- Mongini F, Defilippi M, Negro C. Chronic Dayli Headache. A clinical and psychological profile before and after treatment. Headache 1997;37:83-7.
- Merikangas KR. Association between psychopathology and headache syndromes. Curr Opin neurol 1995;8(3):248-51.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification

- and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7):1-96.
15. Olesen J, ed. *Tension-Type headache: Classification, Mechanisms and Treatment*. New York: Raven, 1993:231-6.
  16. Gronseth GS, Greenberg MK. The utility of the electroencephalogram in the evaluation of patients presenting with headache: a review of the literature. *Neurol* 1995;45(7):126-37.
  17. Edmeods JG. Headache as a symptom of organic disease. *Curr Opin Neurol* 1995; 8(3):233-6.
  18. Gómez-Aranda F, Casado JL. Clínica del ataque de la cefalea en racimos. *Rev Neurol* 1995;23 (Suppl 4):S500-5.
  19. Noya M. Cefalea en racimos. Definiciones y criterios diagnósticos. *Rev Neurol* 1995;23(Suppl 4):S479-81.

Recibido: 16 de marzo de 1999. Aprobado: 25 de mayo de 1999.

*Dr. Otman Fernández Concepción*. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Calle 29 esquina a D, El Vedado, Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.