

Cefalea en urgencias: diagnóstico y tratamiento de las cefaleas primarias

Headache emergencies: diagnosis and treatment of primary cephalaeas

Gustavo Pradilla Ardila

RESUMEN

La mayoría de los pacientes que llegan a los servicios de urgencias presentan cefalea primaria, migraña, cefalea tensional, o cefalea en salvas. Sin embargo, hasta la tercera parte de las consultas son por una enfermedad que puede ser invalidante o potencialmente mortal; por esa razón el médico en urgencias debe conocer e identificar los signos de alarma.

Es fundamental hacer un buen diagnóstico a través de una historia clínica y un examen físico y neurológico completo, aliviar el dolor y los síntomas asociados, e investigar la causa y tratarla.

En el presente artículo se hace una revisión de los signos y síntomas de los diferentes tipos de cefalea, y los aspectos diagnósticos y terapéuticos.

PALABRAS CLAVES: cefalea, urgencias, tratamiento farmacológico.

(Gustavo Pradilla Ardila. Cefalea en urgencias: diagnóstico y tratamiento de las cefaleas primarias. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:S134-S139).

SUMMARY

Most patients visiting the emergency services have a primary headache such as tension-type headache, or cluster headache. However, about 30 percent of the consultations are due of a disease that can be disabling or life-threatening. For this reason, the physician in the emergency department should recognize the signs of alarm.

It is essential to make a good diagnosis through a clinical history and a complete physical and neurological examination, to relieve the pain and associated symptoms, and to investigate the cause and treat it.

This review describes the signs and symptoms of different types of headaches and the therapeutic and diagnostic aspects.

KEY WORDS: headaches, emergencies, pharmacological therapy.

(Gustavo Pradilla Ardila. Headache emergencies: diagnosis and treatment of primary cephalaeas. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:S134-S139).

INTRODUCCIÓN

De los pacientes que consultan en un año a un servicio de urgencias, 1-16 por ciento lo hacen por dolor de cabeza. La mayoría de ellos presentan cefaleas primarias (migraña, en salvas y tensional) y generalmente no son atendidos por un médico neurólogo. Sin embargo, hasta una tercera parte de las consultas a urgencias por una cefalea aguda, se

deben a una condición intracraneana potencialmente fatal o invalidante.

ASPECTOS CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICOS

El paciente con dolor de cabeza consulta al servicio de urgencias por tres razones:

Recibido: 09/07/08. Revisado: 11/07/08. Aceptado: 23/07/08.

Gustavo Pradilla Ardila. Profesor Titular Laureado. Departamento de Medicina Interna. Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander.

Correspondencia: gustavop@uis.edu.co

- 1) La cefalea es la más reciente de una serie interminable de cefaleas similares y la frustración, el agotamiento y la desesperación, además de la pobre respuesta terapéutica, lo obligan a consultar.
- 2) La cefalea es lo suficientemente diferente o severa e incapacitante como para alarmar al paciente. Es la peor de sus cefaleas.
- 3) Por signos de alteración de la conciencia, fiebre, o signos de focalización.

Los objetivos del médico que atiende a un paciente en el servicio de urgencias deben ser:

- 1) Hacer el diagnóstico.
- 2) Aliviar el dolor y los síntomas asociados (náuseas, vómito, deshidratación).
- 3) Investigar la causa y hacer un manejo apropiado.

Para lograr estos objetivos, el facultativo dispone de dos herramientas fundamentales: elaborar una historia clínica cuidadosa y realizar un examen físico detallado. Con estos elementos podrá determinar si el paciente presenta o no las denominadas “banderas rojas” que son signos de alarma que exigen una evaluación más minuciosa y a menudo requieren pruebas adicionales o la evaluación por un neurólogo. (Tabla 1).

Una cefalea severa persistente que alcanza su máxima intensidad algunos segundos o minutos después de iniciarse, amerita una investigación agresiva. Las entidades que presentan esta evolución clínica son la hemorragia subaracnoidea, las disecciones arteriales, las trombosis de los senos

venosos, la apoplejía pituitaria y las emergencias hipertensivas. Por el contrario, las migrañas comienzan con un dolor moderado que luego se incrementa gradualmente hasta alcanzar un nivel máximo en una o dos horas.

La cefalea en salvas se puede confundir en ocasiones con una cefalea secundaria debido a que la intensidad del dolor puede aumentar en algunos minutos. Sin embargo, esta cefalea es transitoria (usualmente dura menos de una o dos horas) y se asocia con signos característicos autonómicos ipsilaterales como lacrimo o rinorrea.

La cefalea tensional es de intensidad leve a moderada y de progresión lenta.

La ausencia de cefaleas similares en el pasado sugiere la presencia de un desorden serio y no es la regla de las cefaleas primarias que usualmente son recurrentes y muchas veces son producidas por factores desencadenantes evidentes. Es poco probable que un paciente con un patrón estable de cefalea durante seis meses tenga una causa seria subyacente.

“El primer o el peor dolor de cabeza de mi vida” es una descripción sugestiva de hemorragia intracraneana o de infección del SNC.

La presencia de fiebre, alteraciones en la esfera mental o en la personalidad, fluctuaciones del estado de conciencia, crisis sincopales o convulsiones y signos externos de traumatismo, sugieren una cefalea secundaria.

La cefalea asociada con la actividad física (tos, Valsalva, coito o ejercicio) puede deberse a una disección arterial o a una hemorragia intracraneal aunque la migraña puede empeorar también con el ejercicio y muchas veces obliga al paciente a guardar reposo, lo que no sucede con la cefalea en salvas. Por el contrario, la cefalea tensional no se modifica con el ejercicio.

Los pacientes mayores de 50 años con cefalea de novo o que empeora progresivamente, tienen riesgo de presentar una masa intracraneana o una arteritis temporal. Una cefalea nueva en un paciente con cáncer sugiere metástasis.

Los pacientes con SIDA merecen mención especial porque en ellos la cefalea usualmente se debe a lesiones intracraneales como toxoplasmosis,

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS CEFALAS DE ALTO RIESGO O SECUNDARIAS.

Comienzo súbito
Cefalea no similar en el pasado
Infección concomitante
Estado mental alterado
Cefalea con el ejercicio
Edad mayor de 50 años
Inmunosupresión

enfermedad cerebrovascular, absceso cerebral y meningitis.

La localización del dolor también puede orientar. Las migrañas tienden a ser hemicráneas o bitemporales, en la cefalea en salvas el dolor es retroocular, supraorbitario y en la región temporal, y en la cefalea tensional puede ser de predominio occipito-cervical o en corona. El dolor de cabeza que se irradia hacia la región occipito-cervical y entre los hombros puede indicar una irritación meníngea por infección o por sangre subaracnoidea.

La historia familiar también es útil teniendo en cuenta la alta frecuencia de herencia en pacientes con migrañas, y aunque en menor proporción, existen casos de historia familiar de hemorragia subaracnoidea.

La presencia de uno o más signos de alto riesgo en un paciente con cefalea aguda aumenta la posibilidad de una enfermedad seria subyacente y justifica una evaluación urgente con neuroimágenes, punción lumbar o ambas. Sin embargo si el examen neurológico es normal la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia nuclear magnética (RM) del cerebro, muestran anomalías sólo en un 2,4 por ciento de los pacientes; y si las cefaleas son típicas de una migraña y el examen neurológico es normal, sólo el 0,4 por ciento de los pacientes evaluados con neuroimágenes tendrá alguna anomalía.

En las cefaleas migrañosas también se pueden presentar anomalías neurológicas como por ejemplo las alteraciones en los campos visuales con bordes centelleantes características de la migraña con aura visual; sin embargo, no se le debe atribuir su causa a una migraña si el paciente no ha presentado déficits similares en el pasado.

Cualquier déficit neurológico atípico focal o nuevo debe ser considerado de alto riesgo e investigado de manera prioritaria en el servicio de urgencias.

Se debe hacer una punción lumbar cuando se sospecha una hemorragia subaracnoidea y la TAC es normal. Cuando se sospecha una infección del SNC la punción lumbar es el examen de primera elección, a pesar del temor de causar una herniación cerebral. Sólo se recomienda practicar una TAC

cerebral antes de realizar una punción lumbar en tres situaciones: papiledema, hallazgos neurológicos focales, y estado mental alterado.

No hay suficiente evidencia científica que recomiende cuál es el examen ideal de neuroimagen del cerebro (TAC o RM), para un paciente con cefalea aguda en el servicio de urgencias. Sin embargo, si se sospecha una lesión de la fosa posterior se debe solicitar una RM cerebral y si se trata de lesiones vasculares, el examen indicado es una angiografía por RM.

La necesidad de realizar exámenes de laboratorio específicos dependerá de la historia clínica y el examen clínico.

ASPECTOS TERAPÉUTICOS.

TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA (TRATAMIENTO ABORTIVO)

La mayoría de los pacientes que llegan a un servicio de urgencias tienen una cefalea migrañosa severa o prolongada. Por lo general ya han empleado sus medicamentos usuales infructuosamente; si el ataque lleva horas y han tomado pocos líquidos, con o sin vómito, probablemente están deshidratados, y con frecuencia están ansiosos y estresados.

En la tabla 2 se enumeran los principios generales para el tratamiento.

TABLA 2. PRINCIPIOS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO ABORTIVO DE LA MIGRAÑA.

1. Coloque al paciente en un lugar oscuro y silencioso.
2. Proporcione confianza.
3. Hidrátelo por vía IV si esta indicado.
4. Trate las náuseas y el vómito.
5. Implemente tratamiento parenteral contra el dolor.
6. Use, en lo posible, agentes que no causen dependencia.
7. Prescriba los medicamentos más efectivos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Triptanes. Estos medicamentos son específicos para la migraña aguda y actúan en forma definida sobre el mecanismo fisiopatológico de la cefalea. Inhiben la liberación de péptidos vasoactivos, promueven la vasoconstricción y bloquean las vías de dolor en el tallo cerebral. Se pueden emplear por vía oral, intranasal, o subcutánea. Los ensayos controlados y las revisiones sistemáticas han demostrado que son efectivos para el tratamiento de la migraña aguda. Sus diversas presentaciones incluyen:

- Eletriptán: 80 mg/dosis; pocos efectos secundarios, pasajeros y reversibles (aún no está disponible en Colombia).
- Naratriptán: 2,5 mg.
- Rizatriptán: 10 mg (aún no está disponible en Colombia)
- Sumatriptán: SC: 6 mg, oral: 50 mg, intranasal: 20 mg. Sus efectos secundarios son: alteraciones cutáneas, opresión torácica, enrojecimiento, debilidad, mareo, malestar, acaloramiento, parestesias; infarto del miocardio (raro), muerte súbita por constricción coronaria y disgeusia.
- Zolmitriptán: 2,5 mg.

Si un paciente no responde a un triptán, puede responder a otro. Si es necesario, se puede repetir la dosis en 1-2 horas.

En un meta-análisis de 23 estudios controlados con 24.000 pacientes tratados con triptanes, se concluyó que todos estos fueron efectivos y bien tolerados. Otro estudio de 13.664 pacientes con migraña aguda tratada con triptanes no reveló ningún caso de enfermedad cerebrovascular, efectos cardiovasculares o muerte. Sin embargo, no se deben emplear los triptanes en pacientes con migraña hemipléjica, migraña basilar, enfermedad cerebrovascular isquémica, enfermedad coronaria isquémica, angina de Prinzmetal, hipertensión arterial no controlada y embarazo. También están contraindicados con los inhibidores de MAO, salvo el eletriptán, el frovatriptán y el naratriptán.

No debe emplearse ningún triptán dentro de las 24 horas posteriores a la administración de ergotamina.

AGENTES ANTI-DOPAMINÉRGICOS

Son varios, entre los cuales destacamos:

- Haloperidol a una dosis de 5 mg IV.
- Droperidol 2,5 mg IV en un minuto. Repetir cada 30 min hasta 7,5 mg. Puede inducir efectos cardíacos serios, requiere monitoreo electrocardiográfico.
- Metoclopramida: se destaca por su efectividad y para algunos autores es un agente primario en el tratamiento de la migraña aguda en el servicio de urgencias. Su eficacia como monoterapia se ha comprobado en un meta-análisis de 13 ensayos clínicos controlados con un número de pacientes necesario para tratar (NNT) de cuatro. Aunque puede ser suficiente una dosis de 10 mg IV, se ha establecido un esquema terapéutico agresivo consistente en aplicar 20 mg IV cada 30 minutos hasta cuatro veces, siendo similar en eficacia al sumatriptán 6 mg SC. Sus efectos secundarios incluyen hipotensión y síntomas extrapiramidales. Por ello se recomienda el empleo concomitante de difenhidramina a dosis de 25 mg IV.

Alcaloides del ergot. El más empleado es el tartrato de ergotamina que actúa de manera similar a los triptanes al unirse a los receptores 5 HT 1b/d. Los efectos secundarios de estos medicamentos son significativos: empeoran las náuseas y el vómito, pueden causar oclusiones vasculares, cefaleas de rebote con dosis de más de 6 tabletas en 24 horas o 10 tabletas/semana. Su uso crónico (años) se ha asociado a enfermedad valvular cardíaca. Por ser vasoconstrictores, no se deben emplear en enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica, hipertensión arterial, enfermedad renal o hepática. Tampoco se deben usar en casos de migraña con aura prolongada porque pueden reducir el flujo sanguíneo cerebral.

Un consenso europeo concluyó que es la droga de elección en muy pocos pacientes por su eficacia y efectos secundarios. Los candidatos son aquellos que presentan ataques prolongados (más de 48 horas) y recurrencia frecuente de las cefaleas. La dosis recomendada es de 0,35-4 mg para un ataque sin que cause náuseas; se debe usar desde dos días hasta una semana como máximo.

Valproato de sodio. La evidencia es preliminar pero favorable por vía IV a dosis de 300-500 mg en 100 cc de solución salina normal a 20 mg/m. No debe emplearse en pacientes embarazadas o con enfermedades hepáticas.

Antiinflamatorios no esteroideos. Ketorolaco 30-60 mg IM o 0,4 mg/K IV. Es recomendable asociarlos a un antiemético.

Esteroides. Dexametasona 10-20 mg IM o IV seguida de 4 mg IV c/6 horas

Opioides. meperidina IV o IM 75-150 mg; se recomienda asociarla con un antiemético y no administrar más de dos dosis a la semana por el riesgo de dependencia. Puede causar un efecto de “no respuesta” a otros analgésicos. Se debe evitar su uso en lo posible.

Propofol. Es un agente anestésico; se dispone de un solo estudio abierto. Es efectivo en 83 por ciento de los pacientes en dosis de 110 mg IV. Se requiere confirmar su eficacia.

En la tabla 3 se resumen algunas recomendaciones para el tratamiento abortivo de la migraña.

CEFALEA EN SALVAS

1. Oxígeno al 100 por ciento: en máscara facial cerrada a 8-12 lt/minuto puede abortar la mayoría de los ataques si se emplea desde el comienzo de éstos. Su eficacia se ha comprobado en un estudio doble ciego controlado.
2. Sumatriptán: en una investigación, el 96 por ciento de los pacientes mejoró del dolor 15 minutos después de la aplicación de 6 mg SC.
3. Esteroides: pueden producir un alivio temporal durante días o semanas. A pesar de su uso en este tipo de cefalea primaria durante cerca de 50 años, sólo hay un estudio prospectivo y controlado y

TABLA 3. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO ABORTIVO DE LA MIGRAÑA.

1. No dar acetaminofén ni otros analgésicos a los pacientes que requieren medicamentos frecuentes por el posible riesgo de cefaleas de rebote.
2. Emplear cualquier triptán ya que no hay datos de mayor eficacia de unos sobre otros. Escogerlo de acuerdo a las propiedades farmacológicas y vías de administración.
3. Metoclopramida IV 10 mg o un esquema agresivo de 20 mg cada/30 min por 4 dosis más difenhidramina 20 mg cada hora hasta dos dosis.
4. Ergotamina: en pocos pacientes: duración prolongada de ataques (más de 48 horas) y posibles recurrencias frecuentes de cefaleas.
5. Es más efectivo si se inicia tempranamente; una dosis alta funciona mejor que dosis pequeñas repetidas. No administrar medicamentos por vía oral si hay náuseas o vómito.
6. Polifarmacia racional: metoclopramida oral más triptán e incluso AINE

en series retrospectivas se comprobó que la dosis de 60 mg/d produce una remisión completa en el 77 por ciento de los pacientes.

La administración de metilprednisolona en bolos IV de 250 mg por tres días consecutivos, seguida de 90 mg/d de prednisona y suspendiéndola gradualmente en cuatro semanas, disminuye sustancialmente la frecuencia de las crisis durante varias semanas.

CEFALEA TENSIONAL

Los principios generales de su tratamiento son similares a los del tratamiento abortivo de la migraña. Se recomienda el empleo de analgésicos como el acetaminofén, la aspirina y otros AINES como fármacos de elección. Se debe evitar la combinación de medicamentos que contengan ergotamina, cafeína, barbitúricos y codeína por la posibilidad de dependencia medicamentosa y cefalea de rebote por sobreuso de analgésicos.

LECTURAS RECOMENDADAS

- **Bajwa ZH, Sabahat A.** Acute treatment of migraine in adults. *Up To Date version 14.2*, 2006.
- **Bajwa ZH, Wootton RJ.** Evaluation of headache in adults. *Up To Date version 14.2*, 2006.
- **Colman I, Brown MD, Innes GD, Grafstein E, Roberts TE, Rowe BH.** Parenteral metoclopramide for acute migraine: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2004;329:1369-1373.
- **Colman I, Rothney A, Wright SC, Zilkans B, Rowe BH.** Use of narcotic analgesics in the emergency department treatment of migraine headache. *Neurology* 2004 A;62:1695-1700.
- **Cutrer FM.** Evaluation of headache in the emergency department. *UpToDate version 14.2*, 2006.
- **Davenport R.** Acute headache in the emergency

department. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72:33-37.

- **Edwards KR, Norton J, Behnke M.** Comparison of intravenous valproate versus intramuscular dihydroergotamine and metoclopramide for acute treatment of migraine headache. *Headache* 2001;41:976-980.
- **Goldstein JN, Camargo CA, Pelletier AJ, Edlow JA.** Headache in the United States Emergency Departments: demographics, work-up and frequency of pathological diagnoses. *Cephalalgia* 2006;26:684-690.
- **Ramírez SF, Sanín LC, Takeuchi Y.** Cefalea en urgencias. En : Sanín LC
- **Swanson JW.** Headache in the emergency department. Syllabus. American Academy of Neurology, San Diego, 2006.
- **Takeuchi Y, eds.** Cefalea y dolor craneofacial. Santafé de Bogotá: McGraw-Hill Interamericana S.A.; 2000:266-273.