

# Cefalea: estrategia diagnóstica

D. Valade

*El objetivo prioritario consiste en establecer un diagnóstico etiológico preciso y distinguir entre una cefalea primaria, una cefalea secundaria benigna (síndrome gripal) y una cefalea secundaria debida a una infección grave, que requiera exploraciones y tratamiento urgentes (hemorragia meníngea, meningitis, hipertensión intracraneal). Para descartar determinadas causas, la etapa crucial de la estrategia diagnóstica es la anamnesis; complementada con la exploración física, determinará el tipo de intervención, el tratamiento analgésico y la orientación hacia una consulta externa en el caso de pacientes afectados por cefaleas primarias. Las cefaleas se clasifican en cuatro tipos: cefaleas recientes poco frecuentes de inicio brusco, cefaleas recientes poco frecuentes de inicio progresivo en pocas horas, días o semanas, cefaleas crónicas paroxísticas (migrañas, algias vasculares de la cara) y cefaleas crónicas diarias. Estos dos últimos tipos corresponden esencialmente a cefaleas primarias. El argumento principal para emprender exploraciones es el carácter reciente de la cefalea, su instauración rápida o brusca aunque se presente en un paciente con antecedentes de cefalea primaria (migraña, cefaleas tensionales), pero que la reconoce de inmediato como completamente diferente a sus cefaleas habituales.*

© 2011 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras Clave:** Cefalea; Diagnóstico de las cefaleas; Cefalea primaria; Cefalea secundaria

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Estrategia diagnóstica ante una cefalea</b>	1
Anamnesis de un paciente con cefalea	1
Exploración física	2
Estrategia de las pruebas complementarias	2
■ <b>Principales etiologías</b>	3
Cefaleas recientes de inicio brusco	3
Cefaleas recientes que se instauran en pocas horas o días	4
Cefaleas primarias	4

## ■ Introducción

Síntoma muy frecuente, la cefalea puede tener causas extremadamente variables <sup>[1]</sup>; las cefaleas primarias, sin lesión subyacente, son las más frecuentes. Las cefaleas primarias incluyen principalmente las migrañas, las cefaleas denominadas «tensionales» y las algias vasculares de la cara. Se tratan en la consulta, en general de modo ambulatorio, y no requieren exploraciones complementarias ni hospitalización en la inmensa mayoría de casos. Las cefaleas secundarias son menos frecuentes pero tienen causas mucho más variadas, algunas de las cuales son potencialmente muy graves. El objetivo prioritario consiste, por tanto, en establecer un diagnóstico etiológico preciso y distinguir entre una cefalea primaria, una cefalea secundaria benigna (síndrome gripal) y una cefalea secundaria debida a una infección grave que requiera exploraciones y tratamiento urgentes (hemorragia meníngea, meningitis, hipertensión

intracraneal) <sup>[2, 3]</sup>. La etapa crucial de esta estrategia diagnóstica es la anamnesis. Complementada con la exploración física, determinará el tipo de intervención: tratamiento analgésico y orientación hacia una consulta externa en el caso de pacientes afectados por cefaleas primarias; exploraciones si se consideran necesarias y tratamiento sintomático ambulatorio en las cefaleas secundarias benignas; por último, exploraciones complementarias urgentes y tratamiento etiológico con ingreso hospitalario en los pacientes afectados por cefaleas secundarias graves.

## ■ Estrategia diagnóstica ante una cefalea <sup>[4]</sup>

### Anamnesis de un paciente con cefalea

Es la base de la estrategia diagnóstica y puede ser difícil en los pacientes que sufren dolor de cabeza intenso. Se centra en precisar la forma de instauración, las características del dolor, las circunstancias de aparición y los signos asociados.

### Forma de instauración y perfil evolutivo

Las preguntas que condicionarán la estrategia diagnóstica son:

- ¿cómo ha debutado la cefalea? (Inicio brusco o progresivo);
- ¿desde cuándo? (Cefaleas agudas o crónicas);
- ¿ya ha tenido en otras ocasiones este tipo de dolor de cabeza? (Cefalea poco frecuente o nueva crisis en un paciente con cefaleas conocido);
- ¿cómo ha evolucionado el dolor desde su instauración? (Mejoría espontánea, agravamiento o estabilidad).

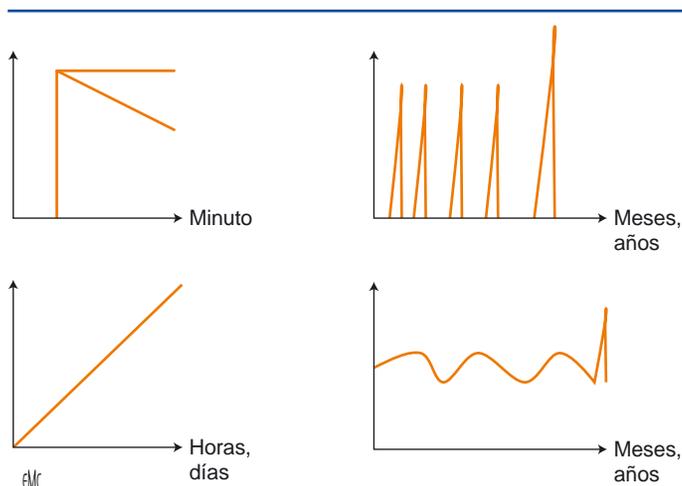


Figura 1. Perfil evolutivo de las cefaleas.

Según las respuestas a estas preguntas, las cefaleas se clasifican en cuatro tipos (Fig. 1):

- cefaleas recientes poco frecuentes de inicio brusco;
- cefaleas recientes poco frecuentes de inicio progresivo en pocas horas, días o semanas;
- cefaleas crónicas paroxísticas (migrañas, algias vasculares de la cara);
- cefaleas crónicas diarias.

Los dos últimos tipos corresponden esencialmente a cefaleas primarias. El argumento principal para emprender exploraciones es el carácter reciente de la cefalea, su instauración rápida o brusca, tanto si se presenta de novo como en un paciente con antecedentes de cefalea primaria (migraña, cefaleas tensionales), pero que la reconoce de inmediato como completamente diferente a sus cefaleas habituales.

### Características del dolor

La intensidad del dolor no permite en ningún caso distinguir entre cefalea primaria y secundaria. No obstante, toda cefalea a la vez repentina e intensa (cefalea «relámpago») debe considerarse como secundaria y hay que explorarla urgentemente. Es importante analizar la concordancia entre la intensidad manifestada por el paciente y la repercusión sobre su actitud (paciente postrado, con dificultad para expresarse, etc.). El tipo de dolor es muy variable (pulsátil, continuo, descarga eléctrica, tritador, presión, simple molestia, etc.) pero no es específico de una etiología en particular. La topografía constituye a veces un elemento de orientación (dolor temporal de la enfermedad de Horton) pero no es específica de una causa particular.

### Circunstancias de aparición

En ocasiones, pueden orientar inmediatamente el diagnóstico: traumatismo craneal (hemorragia o contusión cerebral), administración de sustancias tóxicas, punción lumbar, peridural o raquianestesia recientes (cefaleas por hipotensión del líquido cefalorraquídeo [LCR]), enfermedad general febril, etc.

Sin embargo, las circunstancias de aparición pueden resultar también engañosas: una cefalea de esfuerzo o una cefalea coital pueden ser benignas, pero también pueden poner de manifiesto una hemorragia meníngea; una cefalea tras una punción lumbar es generalmente una cefalea por hipotensión del LCR pero puede revelar a veces una trombosis venosa cerebral [5].

### Antecedentes

Determinados antecedentes deben investigarse de forma sistemática porque condicionan la estrategia diagnóstica: enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial (accidente vascular cerebral), posparto o trombosis venosa de las extremidades inferiores (trombosis venosa cerebral), neoplasia (metástasis), infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

(toxoplasmosis cerebral), ansiedad y depresión (descompensación con cefaleas tensionales), consumo de sustancias tóxicas y psicótropas.

### Síntomas asociados

Cualquier cefalea reciente y poco frecuente asociada a un síntoma neurológico (alteración de la conciencia, crisis de epilepsia o signo focal) debe considerarse como debida a una lesión intracraneal hasta que se demuestre lo contrario. Una cefalea con alteración del estado general o claudicación intermitente de la mandíbula en un paciente mayor de 60 años debe hacer pensar inmediatamente en la enfermedad de Horton. En cambio, náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia son síntomas no específicos que se encuentran tanto en los síndromes meníngeos como en la hipertensión intracraneal, además de en la migraña. La ausencia de síntomas asociados no descarta en ningún caso una cefalea secundaria y no debe retrasar la realización de exploraciones complementarias si la cefalea es reciente, poco frecuente y persistente.

### Exploración física

Además de la exploración general con determinación de la presión arterial y la temperatura, incluye una exploración neurológica y una exploración locorregional. Cualquier anomalía en la exploración neurológica o locorregional obliga a realizar pruebas complementarias. En cambio, una exploración física estrictamente normal no descarta una causa grave y no debe impedir la realización de pruebas complementarias

### Exploración neurológica

En primer lugar, aprecia el estado de conciencia e investiga un síndrome meníngeo. A continuación, investiga un posible déficit focal que la anamnesis habría podido obviar: exploración de los párpados y de las pupilas (signo de Claude Bernard-Horner en la disección de la arteria carótida interna; midriasis unilateral por compresión del III par por un aneurisma de la arteria comunicante posterior); investiga un síndrome cerebeloso (una ataxia cerebelosa estática puede pasar inadvertida en un paciente encamado, con cefalea muy intensa y que vomita) y anomalías del campo visual (hemianopsia lateral homónima izquierda de una lesión occipital derecha en un paciente diestro que no se queja de cefalea). También incluye una exploración del fondo de ojo en busca principalmente de un edema papilar bilateral que puede indicar una hipertensión intracraneal o una retinopatía hipertensiva que puede orientar hacia una encefalopatía hipertensiva.

### Exploración locorregional

Incluye la palpación de las arterias temporales, la presión de los senos, la búsqueda de enrojecimiento ocular, de exoftalmia o de hinchazón de los párpados, la palpación de los globos oculares y la auscultación, que puede revelar un soplo. Es igualmente importante palpar los músculos cervicales, que muy a menudo están contraídos y son dolorosos en una cefalea tensional exacerbada.

### Estrategia de las pruebas complementarias [6]

Las pruebas complementarias sanguíneas habituales raramente son informativas, excepto el aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y de la proteína C reactiva (CRP), que orienta hacia una arteritis temporal en un paciente mayor de 60 años o hacia un estado infeccioso.

Ante cualquier cefalea reciente, poco frecuente y persistente, de inicio brusco o progresivo, hay que realizar dos exploraciones de base de manera sistemática: la tomografía computarizada (TC) cerebral sin inyección y la punción lumbar.

### Tomografía computarizada cerebral

Es la primera exploración que debe efectuarse, en busca de una hiperdensidad espontánea que indique la presencia de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465476>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465476>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)