

Raquel Regueira Gonzalez. Serv de Urgencias del HIC. Badajoz.

CEFALEAS EN URGENCIAS

La cefalea es un motivo frecuente de consulta en el área de urgencias.

El objetivo principal es descartar patología orgánica.

Una anamnesis y exploración sistemática, valorando el perfil temporal nos facilitarán una aproximación diagnóstica.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

ANAMNESIS:

La anamnesis es fundamental para el diagnóstico de un paciente con cefalea. Muchas de las cefaleas primarias se diagnostican con una buena historia clínica.

Preguntaremos:

*Edad y Sexo. En jóvenes es más frecuente la cefalea primaria. En adultos >65 años hasta un 15% de las de nuevo comienzo no son benignas.

*Antecedentes Familiares y personales (Traumatismos craneo encefálicos, Cardiopatías, neumopatías, inmunosupresión, historia familiar de cefalea...)

*Exposición a tóxicos (alcohol, cocaína, tabaco, CO) y fármacos (nitratos, antagonistas del calcio, alfa adrenérgicos).

*Indagar sobre la cefalea:

-Edad de comienzo de la cefalea.

-Forma de instauración; brusca o progresiva.

-Frecuencia: Cada cuanto tiempo le duele?, pueden ser episódicas o crónicas.

Cualquier aumento o modificación en la frecuencia nos obliga a revisar.

-Características (intensidad, calidad y evolución) del dolor. Pulsátil, opresiva, punzante..etc.

En cefaleas progresivas sospechar lesión cerebral.

-Duración del episodio. Segundos (neurálgico), minutos a horas (racimo), horas a días (migraña o tensional).

-Si existe aura; inicio, duración y relación con dolor.

-Localización del dolor. Unilateral en la cefalea en racimo y en la migraña.

-Moduladores del dolor: desencadenantes o agravantes y factores que alivian (sueño, reposo).

Hay que valorar con precaución la cefalea que aparezca tras esfuerzo!

-Síntomas acompañantes. Nauseas, vómitos, foto-sonofobia, rinorrea, taponamiento nasal, aura, síntomas neurológicos.

-Consumo de analgésicos y otros fármacos.

-Qué piensa el paciente de su dolor de cabeza e indagar sobre su estado anímico.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

_Inspección del estado general de piel y mucosas en busca de exantemas, palidez, rubefacción.

_Toma de constantes de forma sistemática (Presión arterial, temperatura y Saturación de oxígeno y FC)

_Exploración cardiopulmonar y abdominal básicas.

_Exploración del macizo craneofacial, en especial articulación temporomandibular, percusión de senos, zonas gatillos, epifora, rinorrea y Sd horner.

_Palpación de arterias temporales en > de 60 años para descartar arteritis de la temporal.

_Exploración columna cervical en busca de contracturas.

_Fondo de ojo para valorar si hay o no papiledema, atrofia óptica o hemorragia retiniana.

_Exploración neurológica. Nivel de conciencia, estado de funciones mentales, signos meningeos, pares craneales, campimetría por confrontación, asimetrías en la fuerza y sensibilidad, reflejos osteotendinosos , coordinación y marcha.

SEÑALES DE ALARMA EN UN PACIENTE CON CEFALEA

1-Cefalea intensa explosiva o coincidente con ejercicio.

2-Cambios en el patrón de una cefalea o aumento importante de la frecuencia.

3-Unilateralidad estricta.

4-Síntomas neurológicos (crisis epiléptica, ataxia, papiledema, focalidad neurológica, alteración en comportamiento)

5- Irritación meníngea.

6- Cefalea de novo en > de 50 años

7- Aura no típica.

8- Precipitada por esfuerzo físico, tos o cambio postural.

9- Mala respuesta al tratamiento correcto.

10- Enfermedad sistémica conocida (VIH, neoplasias, inmunocomprometidos...)

11-Fiebre asociada no explicada.

12- Presentación predominantemente nocturna.

13- Edades extremas de la vida.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La mejor prueba complementaria es una segunda anamnesis.

Hemograma si sospechamos infección o enfermedades sistémicas.

VSG (no disponible en urgencias) en caso de sospecha de Arteritis de la temporal.

TAC craneal cuando se sospecha patología estructural, señales de alarma o procesos infecciosos.

Punción lumbar con Tac craneal previo normal si se sospecha proceso meníngeo.

Ex columna cervical, Ex senos paranasales (Proyccc de Waters).

INDICACIONES DE TAC.

1- Historia clínica atípica.

2- Exploración anormal.

3- Datos de cefalea secundaria.

4- Criterios de alarma

INDICACIONES DE PUNCIÓN LUMBAR:

Si sospechamos Infección SNC o Hemorragia subaracnoidea. Siempre tras tac craneal.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU PERFIL TEMPORAL.

1-CEFALEA AGUDA DE RECIENTE COMIENZO. PRIORIDAD 2-3

Es una cefalea súbita, intensa, holocraneal, que empeora en el tiempo, con rigidez de nuca, náuseas y vómitos y que se relaciona con esfuerzo o valsalva.

Se confirma con Tac craneal.

1. A- Asociada a trastornos vasculares:

1.A.1 -Hemorragia subaracnoidea.

La causa más frecuente es la rotura de un aneurisma. La presentación clásica es la de una cefalea brusca e intensa, meningismo y focalidad neurológica. Hay presentaciones atípicas en forma de pérdida de conciencia, crisis comicial, hemorragia retiniana que hay que tener en cuenta.

1.A.2-Ictus y hematoma intracraneal.

1.A.3-Encefalopatía hipertensiva. Con cifras tensionales por encima de 240/140 mmhg. Entre sus causas se encuentran la hipertensión arterial, feocromocitoma, toxemia del embarazo. El tratamiento consiste en bajar las cifras de TA.

1.A.4- Trombosis de senos venosos y venas cerebrales.

1.A.5-Asociada a arteritis de la temporal. Sospechar ante cefalea subaguda local en > de 50 años. La claudicación intermitente suele ser excepcional. Existe aumento de VSG y anemia de trastorno crónico. Confirmación con la biopsia. Tratamiento con Prednisona 1 mg/kg/d 4-6 sem.

1.A.6-Pimeros episodios de cefaleas vasculares

1.B-Infección intracraneal.

Cualquier síndrome meníngeo con o sin focalidad o cuadro de deterioro neurológico obliga a la realización de una punción lumbar. Realizar Tac craneal previo para descartar les estructural.

1.C-Cefaleas por disminución de presión intracerebral.

Cefalea bilateral que aparece en menos de 7 días tras punción lumbar. Aparece en menos de 15 minutos tras bipedestación y ceden en menos de 30 m tras decúbito. Asocian meningismo, irritabilidad, mareo, acúfeno y diplopia. Desaparece en 14 días, si sobrepasa considerar fístula de LCR.

El tratamiento es la administración abundante de líquidos, reposo en cama y analgésicos.

1.D-Cefaleas agudas de origen ocular, otorrinolaringológica o dental.

1.D.1- Queratitis por herpes zoster, glaucoma de ángulo cerrado, neuritis óptica.

1.D.2- Otitis, sinupatía, mastoditis.

1.D.3-Cordal incluido y procesos odontógenos.

1.E-Cefaleas asociadas a traumatismo craneal.

1.F- Cefaleas asociadas a ingesta o supresión de sustancias o fcos. Ejemplos son alcohol, CO, estrógenos, litio, nitratos, atenolol, omeprazol, cafeína, cocaína, cannabis, sildenafil, antagonistas del calcio, quinolonas, AINES, etc.

1.G- Cefaleas asociadas a trastornos metabólicos como hipoxia, hipercadnia, hipoglucemia, diálisis...

1.H- Cefalea asociada a infecciones sistémicas.

2-CEFALEA AGUDA RECURRENTE. PRIORIDAD 3-4

2.A-Migraña.

El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios de la International Headache Society (IHS). Afecta al 12% de la población general.

Crisis episódicas (pródromos- aura de inicio gradual y de corta duración <1 hora- cefalea y síntomas asociados como náuseas y/o vómitos, fotofobia y/o sonofobia- recuperación) con fases asintomáticas. 10-20% de migrañas presentan aura. El aura más frecuente es el visual (luces centelleantes, escotomas, hemianopsia homónima...) Hay otros tipos de auras que plantean dudas diagnósticas (afasia, parestesias en hemicuerpo, vértigo, hemiparesia mas raro, desorientación...).

El tratamiento sintomático consiste en Analgésicos-AINES (Paracetamol 1g y/o Ibuprofeno 600-1200 mg y/o Meperidina) + Antieméticos.

Los triptanes son agonistas serotoninérgicos de los receptores 5 HT1 y constituyen el tratamiento de elección en las crisis de migraña moderada o severa. Están contraindicados en cardiopatía isquémica, hipertensión no controlada y en pacientes que toman litio o IMAOS.

El estatus migrañoso es una crisis de migraña con una duración superior a 72 h a pesar de tratamiento correcto. Las náuseas y los vómitos suelen ser severos. El tratamiento incluye AINE IV (Enantyum cada 8 horas), antieméticos (Primperan 10 mg iv cada 8 horas), reposición hidrosalina y sedación con diazepam 10 mg cada 8 horas o con clorpromazina 25 mg iv cada 12 horas. Si no mejoría se inicia tratamiento con dexametasona (fortecortin 4-20 mg iv/d) o metilprednisolona (urbason 60 a 120 mg iv /d) con pauta descendente en 2-4 días.

2.B- Cefalea en racimos o Enfermedad de Horton y Hemicránea paroxística crónica.

3-5% son secundarias a lesión estructural por lo que se debe realizar pruebas de neuroimagen en las de reciente comienzo.

El tratamiento consiste en evitar factores desencadenantes, de la fase aguda (Oxígeno al 100% inhalado en mascarilla a 7 lpm durante 10-15m y Enantyum 50 mg iv y o Sumatriptan 6 mg sc o zomig 5 mg intranasal), y profiláctico (Prednisona 40-80 mg/d vo y Verapamilo 80 mg inicial cada 8 horas, 120 mg cada 12 horas o 240 mg cada 24 horas previo ECG)

La hemicránea paroxística crónica es más frecuente en mujeres, los ataques son más frecuentes y más breves y existe buena respuesta a Indometacina (12,5 a 250 mg/d). Dosis media 100 mg/d.

2.C-Miscelanea de cefaleas no asociadas a lesión estructural.

2.C.1-Cefalea punzante idiopática (se asocia en un 50% a otra cefalea primaria).

2.C.2- Cefalea benigna de la tos, ejercicio físico y actividad sexual hay que descartar patología estructural. También en la cefalea tusígena siendo la malformación de Chiari la afección subyacente más frecuente.

2.C.3-Neuralgias del trigémino, del glosofaríngeo, postherpética.

La NT es un tipo de cefalea que predomina en mujeres por encima de los 40 años. El dolor es unilateral, de corta duración, paroxístico, de inicio y final brusco, desencadenado por estímulos sencillos como tocarse la cara, lavarse los dientes, etc. Existe la posibilidad de que sea secundaria a esclerosis múltiple en jóvenes (dolor más constante y progresivo con hipoestesia en la zona) por lo que se deberá realizar prueba de neuroimagen de forma programada.

Se trata con Carbamacepina que es de primera elección.

2.D-Cefalea subaguda progresiva (ORGÁNICA)

Inicio subagudo, progresión lenta en días o semanas, localización variable e intensidad moderada. Puede existir papiledema en fases avanzadas y puede existir déficit neurológico, disimetría, ataxia...

Entre sus causas se encuentran los tumores cerebrales, hematoma subdural, pseudotumor cerebral y retirada de medicación esteroidea entre otros.

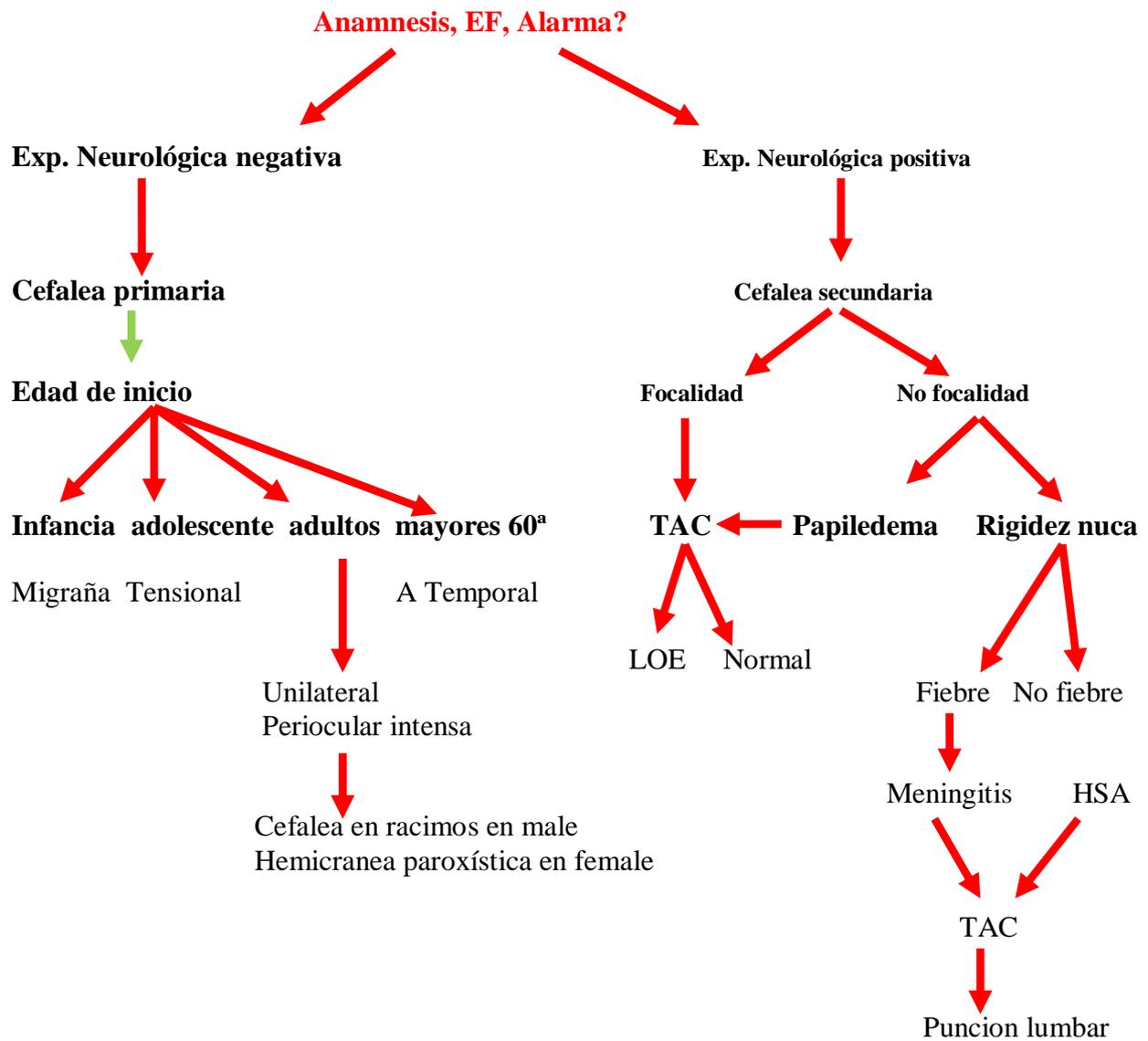
Es obligado realizar TAC craneal.

3- CEFALEA CRÓNICA NO PROGRESIVA.

Cefalea tensional y cefalea crónica diaria por abuso de analgésico.

CRITERIOS DE INGRESO

- 1- Infarto migrañoso; Aura con déficit neurológico > de 7 días o se detecta en el TAC.
- 2- Sospecha de cefalea secundaria.
- 3- Estado migrañoso; duración > 72h que no responde a trato en urgencias. Se acompaña de náuseas, vómitos, deshidratación, ansiedad, anorexia, diarrea y abuso de fármacos.
- 4- Cefalea crónica diaria refractaria durante al menos 3-6 meses; la mayoría por abuso de fcos.
- 5- Arteritis de células gigantes que puede asociar ceguera por neuritis óptica e infartos cerebrales.
- 6- Cefaleas acompañadas de importantes problemas médicos o quirúrgicos (VIH, ERC, Hepatopatía....)



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS CEFALEAS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tipo Cefalea	Edad inicio	Localización	Duración	Frecuencia	Intensidad	Cualidad	Sexo	Síntomas asociados
Migraña	10-35 a	Hemi-Craneal	4-72h	Variable	Moderada	Pulsátil	M>H	Nauseas, Vómitos, foto-Fonofobia
Tensional	Cualquier Edad	Bilateral	30m-7 d	Ocasional o diaria	Leve-Moderada	Pesadez Opresiva	M>H	Genaralmente Ninguno
Cefalea en Acúmulos	15-40 a	Unilateral Retroorbital	15-180 m	Diaria durante Sem-meses	Intensa Penetrante	Severa	H>M	Inyección conj Lagrimeo Miosis, rinorrea
Orgánica	Cq. Edad	Variable	Variable	Intermittente-nocturna o al despertar	Moderada	Sorda	Cq	Vómitos, rigidez nuca, Déficit neurológico.
HSA	Cq edad	Global Occipito-nucal	Variable	Unica	Agudísima Atroz	Explosiva	Cq	Nauseas, vómitos, rigidez Nuca, pérdida de conciencia
Neuralgia Del Trigémino	50-70 a	2 ^a -3 ^a >>1 ^a	Segundos Descargas	Paroxística	Agudísima	Descarga Eléctrica	Cq	Puntos triggers, tics
Arteritis de la Temporal	>55 a	Temporal Cq región	Intermittente, luego Continua	Continua	Variable	Variable	Cq	Arterias doloridas PMR
Hemicraneal Paroxística crónica	Adulto	Unilateral, orbitario, temporal	2-45 m	>5 veces /día	Intensísima	Severa	M>H	Inyección conjuntival, lagrimeo, rinorrea
Cefalea crónica diaria	30-40 a	Variable holocraneal	Varias horas o Todo el día	Diaria Constante	Leve-moderada	Variable	M>H	Larga h ^a de cefalea y abuso de analgésicos

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Manual de protocolos y actuaciones en urgencias del Complejo Hospitalario de Toledo. 4 ed. 2014.
- 2-Principios de Medicina interna. Harrison.
- 3-Manual de Urgencias y Emergencias. L Jimenez Murillo, F.J.Montero Perez. 5 ed.
- 4-Cefalea aguda. Mecanismos etiopatogénicos. Actitud diagnóstica y terapéutica en urgencias. Medicine 2007; 9 (87) p5610-5617.

MANEJO CEFALEA