

# MANEJO DE CEFALEAS EN URGENCIAS

Roshan Hariramani Ramchandani

R1 Neurología

Hospital Infanta Cristina

# ANÁMNESIS DIRIGIDA

- Edad de inicio
- Tiempo de evolución
- Forma de instauración
- Frecuencia
- Alternancia entre crisis y periodos de remisión
- Localización
- Duración
- Horario de aparición
- Calidad del dolor
- Intensidad del dolor
- Factores desencadenantes y que alivian
- Remisión del dolor
- Síntomas asociados
- Manifestaciones asociadas
- Antecedentes familiares
- Experiencia terapéutica previa. Automedicación.



# **SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA**

1. Cefalea intensa de comienzo súbito
2. Empeoramiento reciente de una cefalea crónica
3. Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente
4. Localización unilateral estricta (excepciones)
5. Cefalea con manifestaciones acompañantes
6. Cefalea precipitada por tos, esfuerzos o cambios físicos
7. Cefalea refractaria a tratamiento
8. Cefalea en paciente oncológico o inmunodeprimido
9. Cefalea predominantemente nocturna
10. Cefalea en edades extremas

# Clasificación de las cefaleas (IHS, 2013)

---

## Cefaleas Primarias

1. Migraña
2. Cefalea tipo tensión
3. Cefalea en Racimos y cefaleas trigémino-autonómicas
4. Otras cefaleas primarias

## Cefaleas Secundarias

5. Cefaleas atribuidas a traumatismo craneal
6. Cefaleas atribuidas a enfermedades vasculares intracraneales
7. Cefaleas atribuidas a enfermedades no vasculares intracraneales
8. Cefaleas atribuidas a abuso o supresión de sustancias
9. Cefalea atribuida a infección
10. Cefalea atribuida a alteración de la homeostasis
11. Cefalea atribuida a alteraciones del cráneo, nuca, nariz, ojos,...
12. Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico

## Otras cefaleas

13. Neuralgias craneales y dolor facial
14. Otras cefaleas no clasificables

# CLASIFICACIÓN SEGÚN PATRÓN TEMPORAL

- I. CEFALEAS SÚBITAS NO RECURRENTES
- II. CEFALEAS AGUDAS DE RECIENTE COMIENZO
- III. CEFALEAS AGUDAS RECURRENTES
- IV. CEFALEAS SUBAGUDAS PROGRESIVAS
- V. CEFALEAS CRÓNICAS DIARIAS NO PROGRESIVAS

# I. CEFALÉAS SÚBITAS NO RECURRENTES



- Hemorragia subaracnoidea (HSA)
- Hemorragia cerebral
- Disección arterial
- Cefalea explosiva, en trueno o *thunderclap* primaria



## II. CEFALEAS AGUDAS DE RECIENTE COMIENZO

- Arteritis de la temporal
- 2ª a infecciones intracraneales
- 2ª a TCE
- 2ª a hipotensión intracraneal
- 2ª a ingesta o abstinencia a sustancias
- 2ª a trastornos de la homeostasia
- 2ª a trastornos oculares
- 2ª a causas ORL
- 2ª a disfunción ATM (Síndrome de Costen)
- 2ª a alteraciones cervicales

# ARTERITIS DE LA TEMPORAL

- ❑ >50 años
- ❑ Cefalea de inicio gradual/brusca a veces + alteraciones visuales, síntomas de polimialgia reumática, fiebre, anemia, claudicación mandibular, aumento de VSG y/o PCR
- ❑ EF: alteraciones en el pulso temporal (1/3 de los pacientes tiene EF normal). Dx: Biopsia de arterias temporales
- ❑ TTO:
  - Si no hay pérdida AV → Prednisona 1 mg/kg/día vía oral** con descenso cada 2 semanas (6-9 meses en total)
  - Si hay pérdida de AV → Metilprednisona 1 g/día iv durante 3 días**
  - Añadir en ambos casos: AAS 100 mg/24 h

LA VELOCIDAD DE INSTAURACIÓN DE TTO EN ESTE CASO ES FUNDAMENTAL, EN NINGÚN CASO ESPERANDO AL RESULTADO DE LA BIOPSIA SI LA CLÍNICA ES SUGESTIVA.

# III. CEFALÉAS AGUDAS RECURRENTE

- Migraña
- Cefaleas trigémino-autonómicas
  - ✓ Cefalea en racimos
  - ✓ Hemicránea paroxística
  - ✓ SUNCT
- Cefalea punzante primaria
- Cefalea primaria desencadenada por esfuerzo
- Cefalea hipóptica
- Neuralgias craneales
- Síndrome de HANDEL
- Cefalea numular
- Cefalea por criostímulo

# MIGRAÑA

- ❑ Episodios de entre 4-72 h
- ❑ Localización unilateral
- ❑ Carácter pulsátil
- ❑ Dolor de intensidad moderada o severa
- ❑ Al menos uno de los siguientes:
  - Náuseas y/o vómitos
  - Fotofobia y fonofobia
- ❑ Tipos:
  - Migraña sin aura (común)
  - Migraña con aura (clásica)

# Migraña con aura

- Aura progresiva en unos 5 minutos y dura menos de 1 h precediendo en unos 10-30 minutos a la aparición de la cefalea
- DD: AIT.
- Tipos de aura:
  - Aura visual (75%)
  - Aura sensitiva (40%)
  - Aura motora.
  - Aura afásica

## SUBTIPOS:

- Aura típica sin cefalea. DD: AIT, crisis parciales complejas
- Migraña hemipléjica familiar
- Migraña basilar. NO SINTOMAS MOTORES
- Migraña retiniana



# COMPLICACIONES MIGRAÑA

- ❑ **Migraña crónica.**
- ❑ ***Status* migrañoso >72 h.**
- ❑ **Aura persistente sin infarto**
- ❑ **Infarto migrañoso** → Aura de >60 mins,  
infarto isquémico cortical en territorio ACP.



# TRATAMIENTO MIGRAÑA

## ➤ Sintomático:

- ✓ AINEs a **dosis altas**: Naproxeno 750-1000 mg, Ibuprofeno 800-1200 mg, Ketorolaco 2 mg. Si náuseas o vómitos, dar antieméticos desde el inicio (facilitan la absorción).
- ✓ Triptanes. **Sumatriptán (Imigran®)** 50-100 mg v.o, 20 mg vía nasal, 6 mg s.c . También **Zolmitriptán (Zomig®)**, **Rizatriptán (Maxalt®)**, **Almotriptán (Almogran®)**.
- ✓ Otros: Meperidina (Dolantina®), morfina, ergotamínicos
- ✓ **Nuevos: Eranenumab, Fremanezumab, Galcanezumab (sc mensuales); Epinezumab (iv trimestral)**

## ➤ Preventivo:

- ✓ De elección:

**Flunarizina** 2,5-5 mg/noche

**Propranolol (Sumial®)** 40-160 mg/día 2-3 dosis

**Ácido valproico (Depakine®)** 500 mg/día 1-2 dosis

- ✓ Otros: Amitriptilina, verapamilo, topiramato, gabapentina, toxina botulínica, atenolol, etc.

# CEFALEA EN RACIMOS



- A. Al menos cinco ataques que cumplen los criterios B-D.
- B. Dolor unilateral de intensidad severa o muy severa en región orbitaria, supraorbitaria o temporal, con una duración de 15 a 180 minutos sin tratamiento
- C. Cualquiera o los dos los siguientes:
  - 1. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, homolaterales a la cefalea:
    - a) Inyección conjuntival y/o lagrimeo.
    - b) Congestión nasal y/o rinorrea
    - c) Edema palpebral.
    - d) Sudoración frontal y facial.
    - e) Rubefacción frontal y facial.
    - f) Sensación de taponamiento en los oídos.
    - g) Miosis y/o ptosis.
  - 2. Inquietud o agitación.
- D. La frecuencia de los ataques varía entre una vez cada dos días y ocho al día durante más de la mitad del tiempo que el trastorno está activo.
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III

# CEFALEA EN RACIMOS

- ❑ Habitualmente nocturna, despierta por la noche.
- ❑ Desencadenantes: alcohol, nitratos, sueño, etc.
- ❑ Formas clínicas: episódica (85-90%) y crónica
- ❑ TTO sintomático:
  - ✓ **Inhalación de O<sub>2</sub> al 100%** el tiempo que sea necesario (15-20')
  - ✓ **Sumatriptán 6 mg subcutáneo**: de elección. Formas intranasales: sumatriptán y zomitriptán también útiles. No formas orales.
- ❑ TTO preventivo:
  - ✓ A corto plazo: **Prednisona** 60 mg/día v.o durante 3-4 días.  
**Metilprednisolona** 250 mg/día v.o durante 3 días, ambos con pauta descendente.
  - ✓ A largo plazo: **Verapamilo** (Manidon®) 80 mg/8 horas e incremento paulatino hasta alcanzar dosis efectiva (240-480 mg/día). 3-6 meses.
  - ✓ Alternativas: litio, topiramato, ácido valproico



# HEMICRÁNEA PAROXÍSTICA

- ❑ Localización: similar a la cefalea en racimos
- ❑ Síntomas autonómicos ipsilaterales, nocturnos
- ❑ Ataques más frecuentes (5/día), más cortos (2-30 mins) y sin agitación.
- ❑ TTO: Indometacina.
  - Dosis de inicio: 25 mg/8h.
  - Doblar dosis si no responde en 48 h: 50 mg/8h
  - Dosis máxima: 300 mg/24 h → **SI NO RESPONDE, DUDAR DX**
  - Mantener dosis mínima eficaz (25-100 mg/día) durante unos 3 meses.
  - Alternativas: piroxicam, celecoxib.

# SUNCT

- ❑ *Short lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks* with Conjuntival injection and Tearing
- ❑ Infrecuente
- ❑ Síntomas autonómicos, localización unilateral
- ❑ Ataques muy frecuentes (5-6 ataques/h), muy corta duración (5 seg-4 mins)
- ❑ DD → Neuralgia del trigémino, cefalea punzante primaria
- ❑ TTO: efecto limitado de O<sub>2</sub>, triptanes, indometacina, etc. En casos graves: cirugía



# CEFALEA PUNZANTE PRIMARIA

- ❑ Cefalea *picahielos*
- ❑ Punzadas o pinchazos aislados, a punta de dedo
- ❑ Intensidad moderada
- ❑ Duración muy breve (<1 seg)
- ❑ Localización: primera rama del trigémino, **puede alternar de lado**
- ❑ Frecuencia irregular
- ❑ **Asociación con migraña**
- ❑ **DD: Neuralgia del trigémino, SUNCT**
- ❑ **No síntomas autonómicos**
- ❑ TTO preventivo: Indometacina 75 mg/día



# CEFALEA PRIMARIA POR ESFUERZO

## ○ CEFALEA TUSÍGENA PRIMARIA

- ❑ Localización bilateral y posterior
- ❑ DD: Tumores de fosa posterior. Malformación de Arnold-Chiari tipo I.
- ❑ TTO: Indometacina 50-200 mg/día

## ○ CEFALEA PRIMARIA POR ESFUERZO

## ○ CEFALEA PRIMARIA ASOCIADA A ACTIVIDAD SEXUAL

- ❑ DD: HSA, disección arterial, síndrome de vasoconstricción cerebral reversible.

LAS TRES SON DIAGNÓSTICOS DE EXCLUSIÓN

# CEFALEA HÍPNICA

- ❑ **Exclusivamente nocturna**
- ❑ > 50 años, dolor sordo, generalmente bilateral
- ❑ Intensidad leve-moderada
- ❑ Duración 15-180 mins
- ❑ Frecuencia: > 10 veces/mes durante >3 meses
- ❑ Dx de exclusión
- ❑ DD: Lesiones intracraneales, SAOS, cefaleas trigémino-autonómicas, hipoglucemia, cefalea por abuso de analgésicos
- ❑ TTO: café previo al sueño, indometacina, litio, melatonina, etc.

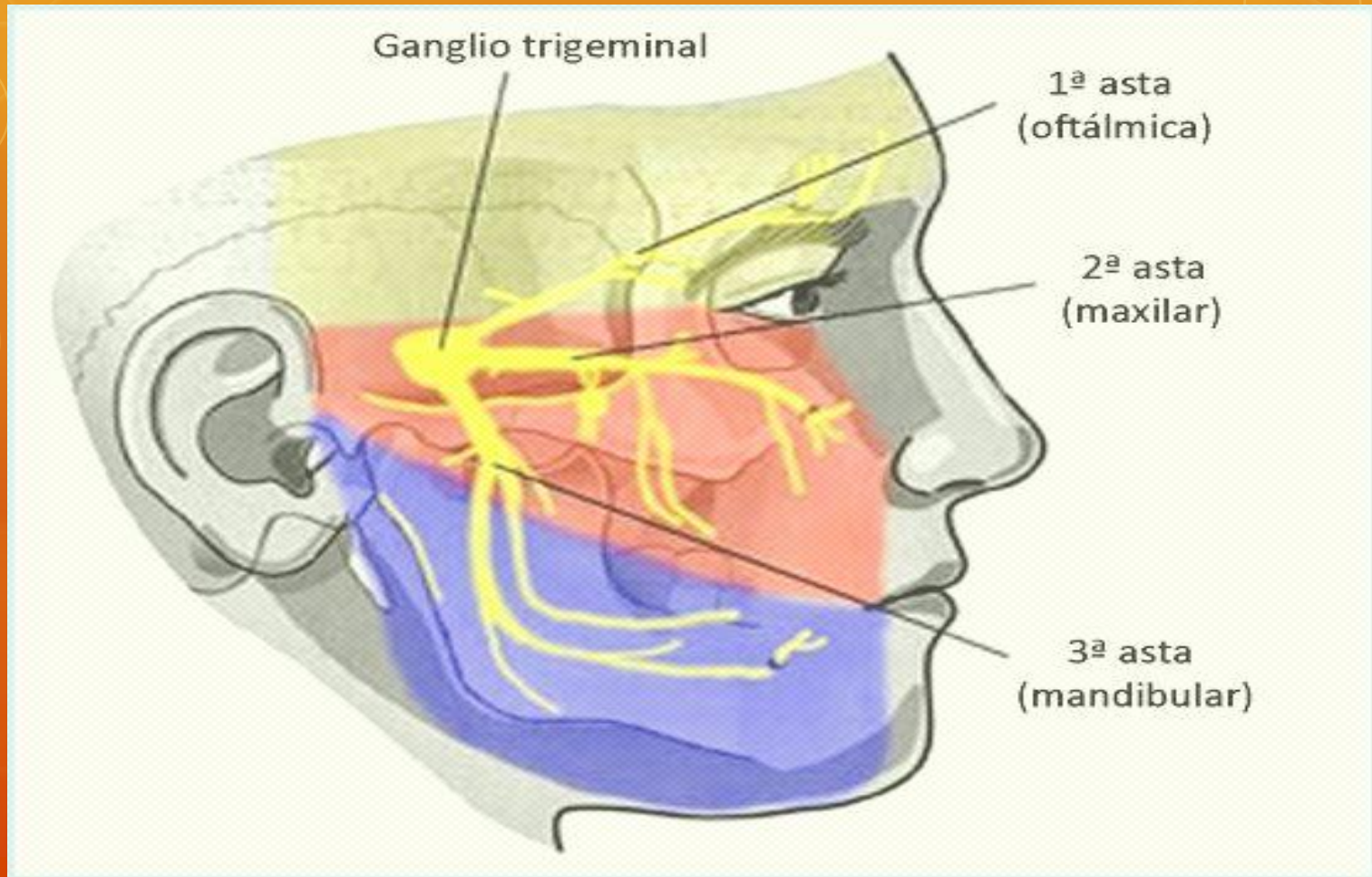


# NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

- ❑ Idiopática (90%) o secundaria a lesión estructural
- ❑ **Ataques paroxísticos (de seg a 2 mins)**
- ❑ Una o más ramas del trigémino, 2ª y 3ª rama + frecuentes
- ❑ Dolor nunca cruza al otro lado y respeta lengua
- ❑ Dolor tipo calambre o latigazo, pocos síntomas autonómicos
- ❑ TTO:
  - De elección: **Carbamacepina (Tegretol®)** 100 mg/día, subir hasta 600-1200 mg/día en 3 tomas. Controles hematológicos y hepáticos.
  - **Oxcarbamacepina (Trileptal®)** 300-2400 mg/día en 2 tomas
  - **Gabapentina (Neurontin®)** 600-1800 mg/día en 3 tomas. Mejor en ancianos.
  - Alternativas: amitriptilina, pregabalina, baclofeno, lamotrigina, topiramato, valproato, fenitoína, prednisona, opiáceos, cirugía en casos refractarios, etc.



# NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

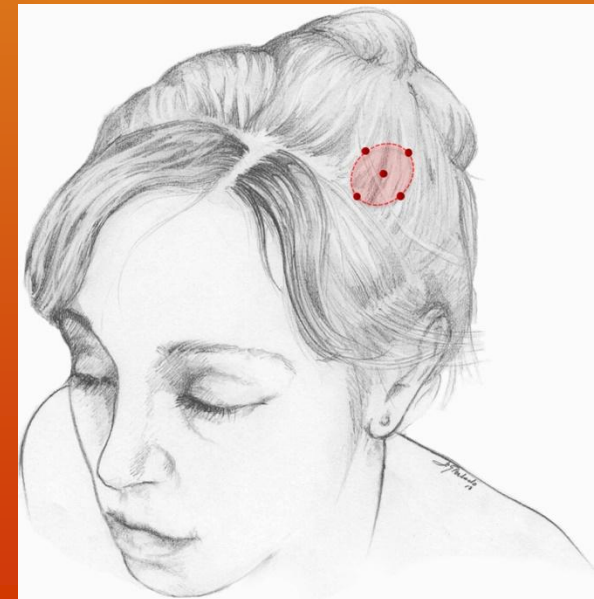


# SÍNDROME DE HANDL

- ❑ Pseudomigraña con pleocitosis
- ❑ Infrecuente, benigno
- ❑ Cefalea + déficits NRL transitorios
- ❑ PL: aumento de linfocitos (80-100), aumento de proteínas
- ❑ Puede haber fiebre
- ❑ DD: Meningitis agudas, subagudas
- ❑ Imagen, microbiología → normales
- ❑ TTO: no tiene

# CEFALEA NUMULAR

- ❑ **En forma de moneda**
- ❑ Infradiagnosticada
- ❑ Continua / intermitente
- ❑ Intensidad leve-moderada
- ❑ Duración variable
- ❑ Localización: área circunscrita cuero cabelludo, Más frecuente en lóbulo parietal
- ❑ TTO:
  - Leve: AINES
  - Moderada: **Gabapentina** (Neurontin®)
  - Alternativa: toxina botulínica





# CEFALEAS SUBAGUDAS PROGRESIVAS

## ➤ SÍNDROME DE HIPERTENSION INTRACRANEAL

- ❑ Dolor holocraneal, opresivo, subagudo, que aumenta con Valsalva y con el decúbito, despierta al paciente.
- ❑ Fases avanzadas: vómitos, papiledema, paresia del VI par, alteración del nivel de consciencia
- ❑ Si TAC normal → PL

## ➤ HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA

- ❑ Antiguamente llamado *Pseudotumor cerebrii*
- ❑ > 90% **mujeres, jóvenes, obesas**
- ❑ Cefalea progresiva, náuseas y acúfenos.
- ❑ Causas: **fármacos (derivados vitamina A)**, anemia ferropénica, etc.
- ❑ PL: LCR normal con presión de apertura > 200-250 mm H2O. Necesaria angio-RM normal.
- ❑ Dx exclusión, descartar trombosis venosa cerebral
- ❑ TTO: Pérdida de peso, **acetazolamida**, topiramato

# CEFALEAS CRÓNICAS DIARIAS NO PROGRESIVAS

- Cefalea tensional
- Migraña crónica
- Cefalea persistente de nueva aparición
- Hemicránea continua
- Cefalea por abuso de analgésicos

# CEFALEA TENSIONAL

- Opresiva, intensidad leve-moderada, continua
- No síntomas neurológicos ni cortejo vegetativo
- Frecuentemente asociada a síndrome depresivo
- EF: normal, a veces contractura muscular cervical
- TTO:
  - Conductual
  - Sintomático: de elección **Ibuprofeno, Naproxeno**. Otros: Paracetamol, diclofenaco, etc.
  - Preventivo: **Amitriptilina** 10 mg/noche, subir si no mejora hasta 75-100 mg/noche.
  - Alternativas: mianserina, mirtazapina, pautas cortas de BZD si existen contracturas musculares.
  - Nuevos ttos: Ácido valproico (Depakine crono®), infiltraciones locales de anestésicos y corticoides. Toxina botulínica sin éxito

# CEFALEA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS

- ❑ Crónica (>15 días/mes)
- ❑ Características mixtas entre migraña y cefalea tensional
- ❑ Causa + frecuente de migraña crónica (70-80%)
- ❑ Importancia de tratamientos preventivos en cefaleas crónicas
- ❑ TTO:
  - **Suspensión brusca de la toma de analgésicos**
  - **Naproxeno** 500 mg/12 h v.o durante 15 días, después reducir a 500 mg/24 h otros 15 días más
  - **Amitriptilina (Tryptizol®)** 25-75 mg/día v.o
  - **Propranolol (Sumial®)**

# CRITERIOS DE INGRESO

- ❖ Cefalea de instauración brusca que sugiera HSA
- ❖ Manifestaciones acompañantes
- ❖ Cefaleas muy intensas, resistentes a tto o prolongadas
- ❖ Cefalea crónica progresiva, sospechosa de afectación orgánica
- ❖ Migraña con aura atípica (hemipléjica, prolongada, complicada)
- ❖ Sospeche de arteritis de la temporal (VSG no se hace de urgencia!!)
- ❖ *Status* migrañoso, infarto migrañoso
- ❖ Cefaleas en pacientes con mucha comorbilidad (hepatópata, nefrópata, VIH, etc)



# CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CCEE

- ❖ Crisis de migraña frecuente o con aura atípica
- ❖ Cefaleas trigémino-autonómicas
- ❖ Cefaleas por abuso de analgésicos (que no puedan resolverse en Atención Primaria)
- ❖ Neuralgias craneales (trigémino, glossofaríngeo)
- ❖ Cefaleas refractarias al tratamiento correcto

# CONCLUSIONES

- ❖ Motivo de consulta en urgencias frecuente (1-3 %)
- ❖ Comprenden desde patologías muy banales hasta otra patologías muy graves e incapacitantes.
- ❖ La anámnesis y la orientación clínica es fundamental, ya que la mayoría tienen diagnóstico clínico
- ❖ **Confundir cefalea en racimos con neuralgia del trigémino**
- ❖ El tratamiento puede llegar a ser muy diferente en función del cuadro

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO

