



Cruz Roja

Hospital de Córdoba

CEFALEAS

Y

ALGIAS FACIALES



Instituto de Neurociencias

Juan José Ochoa Sepúlveda

Anamnesis

- Perfil temporal : Instauración, duración, frecuencia y curso.
- Características del dolor: localización, cualidad, ortostatismo.
 - Fosa posterior dolor irradiado a nivel cervical/occipital.
 - Fosa anterior/media irradiación frontal/temporal
- Síntomas asociados: Vegetativos, aura, fotosonofobia, claudicación mandibular, rinorrea, apnea sueño, etc.
- Historia psicosocial, familiar y edad de comienzo.

Exploración física

- Rigidez de nuca y otros signos meníngicos (HSA, meningitis)
- Fondo de ojo: papiledema(HTIC), hemorragia subhialoidea(HSA)
- Déficits motores y/o sensitivos
- Alteración del nivel de conciencia
- Alteración de la coordinación o de la marcha
- Signos de traumatismo
- Palpación de las arterias epicraneales (arteritis de la temporal)

- Toma de temperatura y de presión arterial
- Examen oftalmológico, otorrinolaringológico, etc.

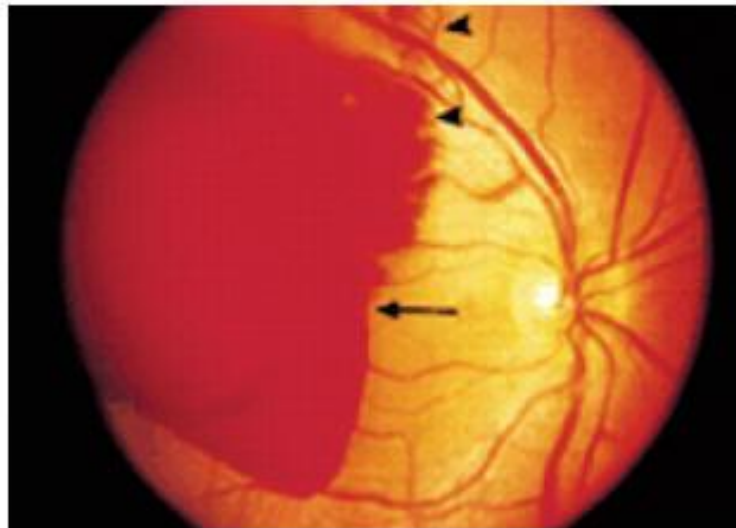
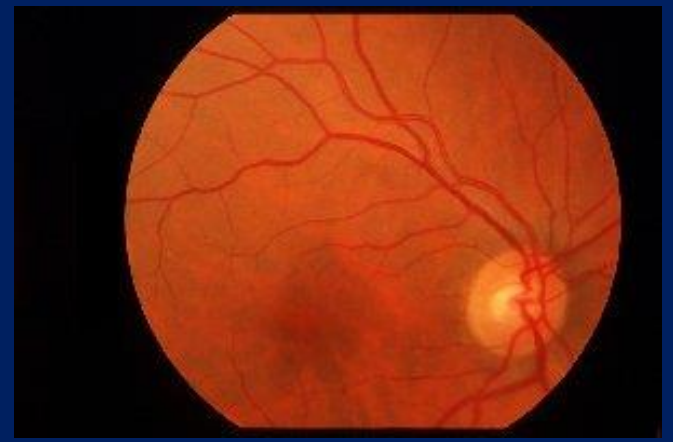
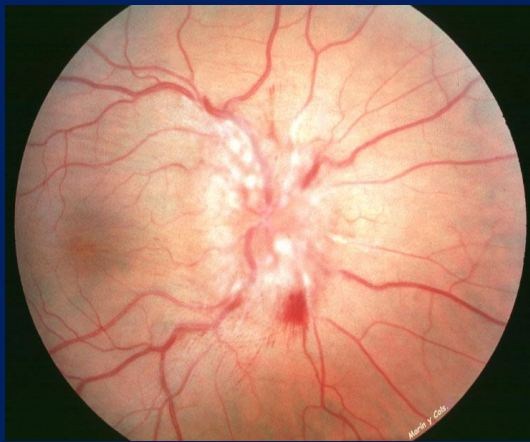
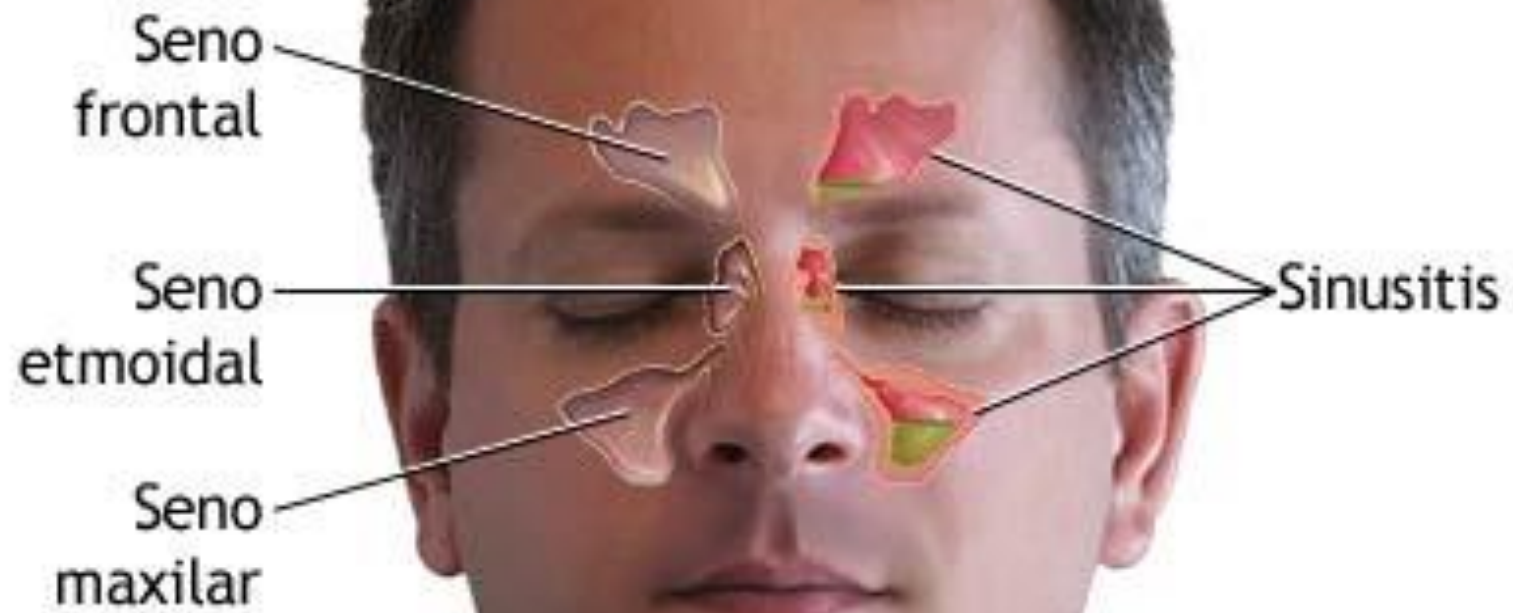


Figura 3. Hemorragia subhialoidea.



CEFALEAS

SIGNOS DE ALARMA

- Cefalea intensa, de inicio agudo.
- Empeoramiento reciente de una cefalea crónica.
- Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente.
- Localización unilateral estricta (excepto cefalea en ráncimos, hemicraneal crónica paroxística, neuralgia occipital, etc).
- Manifestaciones acompañantes: alteración psíquica progresiva, crisis epilépticas, focalidad neurológica, papiledema, fiebre, signos meníngeos positivos.
- Precipitada por un esfuerzo físico, valsalva o cambio postural.
- Predominio nocturno o que despierte habitualmente por la noche.
- Ausencia de antecedentes de cefalea.

Clasificación

- Cefalea aguda: Situación urgente y potencialmente grave hasta que no se demuestre lo contrario.
- Cefalea aguda recurrente (migraña)
- Cefalea crónica progresiva (orgánica)
- Cefalea crónica no progresiva.

CEFALEAS

PRINCIPALES SÍNDROMES

Cefalea aguda

Localizada

Oftalmológica: queratitis, uveitis, glaucoma de ángulo estrecho, neuritis óptica, etc.

ORL: otitis, mastoiditis, sinusitis, etc.

Odontológica: percusión dental.

Herpes Zoster

Generalizada

Síndrome meníngeo

Súbito y sin fiebre: hemorragia subaracnoidea

Menos bruscamente y con fiebre: meningitis

Hipertensión intracraneal

Hematoma subdural

Hemorragia intraventricular

Procesos intracraneales complicados (sangrado, obstrucción de LCR)

Absceso cerebral

Crisis hipertensiva

Hipotensión de LCR: Trás PL, aparece ortostatismo, etc.

Clinica: Cefalea con/sin pérdida de conciencia(50%) brusca e intensa que suele empeorar durante su evolución. Se relaciona con el ejercicio y las maniobras de Valsalva. En 1/3 de los casos la HSA es precedida por síntomas premonitorios como cefalea menor (cefalea centinela).

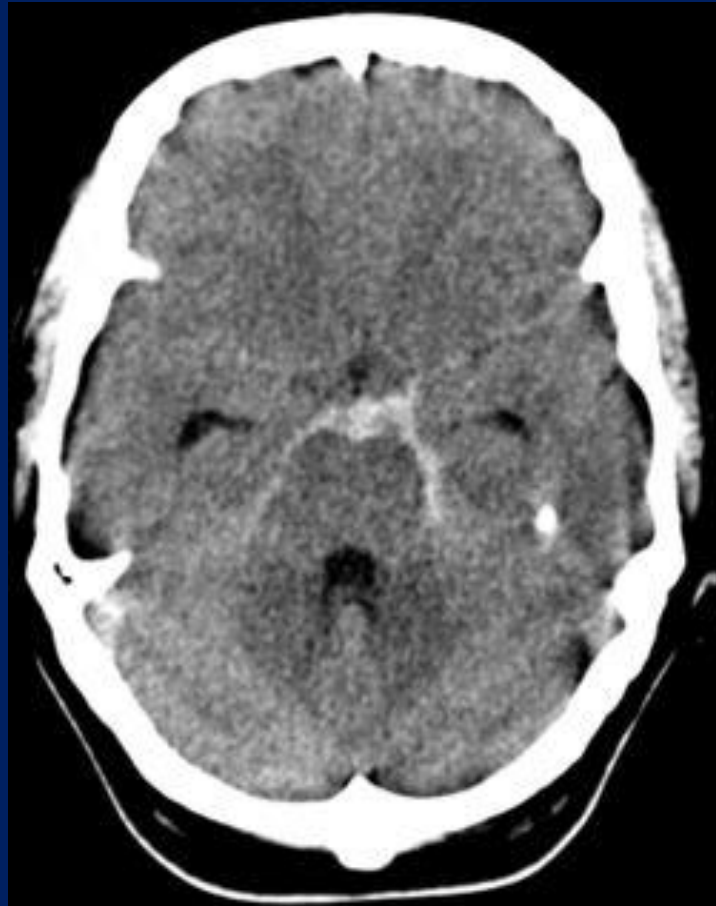
Exploración:

Es típico la actitud de “agarrarse la cabeza”

Signos meningeos

Funduscopia: hemorragias subhialoideas, prerretinianas, vitreas y conjuntivales

Focalidad neurológica según zona de sangrado
(p.e III par en rotura de comunicante posterior)





Exploraciones complementarias

Ante una clínica sugestiva se debe realizar TAC y si este es normal se hará punción lumbar (xantocromía)

Errores diagnósticos

Descartar solo con TAC

Pensar que una analgesia efectiva descarta HSA

No pensar en HSA ante un dolor cervical violento/súbito.

Clinica: Se suele desarrollar de forma aguda(24h) o subaguda(1-7 días). También nos podemos encontrar con un síndrome meníngeo crónico(3-4 sem). Se presenta con cefalea, vómitos y fiebre(puede faltar). Ocasionalmente se presenta con trastorno del nivel de conciencia, crisis convulsiva, afectación de pares craneales o aparición de síntomas focales.

Exploración Física: Rigidez de nuca, Signo de Kernig, Signo de Brudzinski.

Exploraciones complementarias: Se tiene que realizar una punción lumbar descartando previamente la existencia HTIC. En nuestro medio se realiza en casi todos los casos TAC previo.

Tratamiento: La valoración y pruebas complementarias se deben de hacer rápidamente para iniciar el tratamiento lo antes posible.

SIGNOS MENÍNGEOS PRINCIPALES



RIGIDEZ DE NUCA

Elevación de cabeza y tronco en un mismo bloque.



SIGNO DE KERNING

Elevamos la pierna extendida y el paciente flexiona la rodilla de forma refleja.



SIGNO DE BRUDZINSKY

Elevamos la cabeza, el paciente flexiona las rodillas de forma refleja.



@DoctoraFortuny / @BrullArts

Neurología



@ChuletasMedicas

Cefalea aguda recurrente

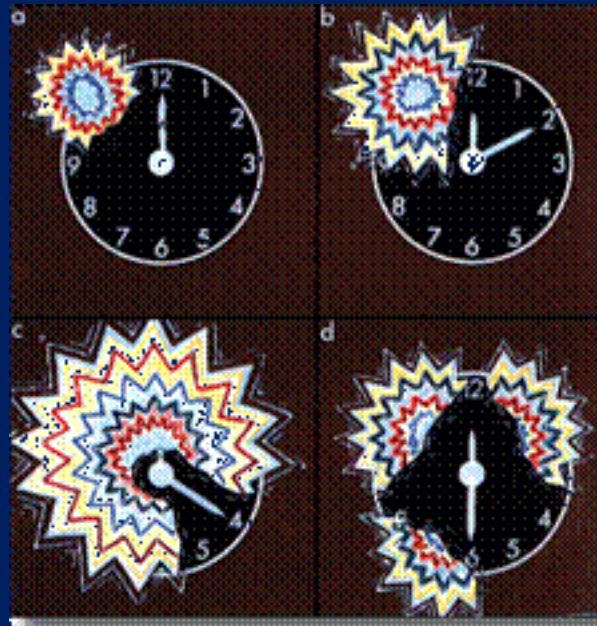
Migraña con o sin aura:

- *Familiar*

- Caracterizado por *cefalea* recurrente, generalmente pulsátil y hemicraneal, a menudo acompañada de náuseas, vómitos y sonofotofobia. En mujeres puede seguir ritmo catamenial.

- El *aura típica* se desarrolla lentamente durando entre 4-60 minutos y posteriormente tras un intervalo libre no superior a una hora aparece la cefalea. Consiste en escotomas centelleantes, fotopsias, metamorfopsias y hemianopsias. Puede seguirse de trastorno sensitivo con distribución queiro-oral e incluso dificultad expresiva o torpeza motora

En las auras atípicas (agudo, prolongada (>60 min), etc) se debe realizar estudio. El aura se puede presentar sin cefalea denominándose equivalente migrañoso.



Cefalea aguda recurrente

Migraña con o sin aura:

- Evitar consumo alimentos ricos en histamina (leche fresca mañanas, atun en conserva, tomate, marisco, queso, chocolate, frutos secos.)
- Evitar empleo de anticonceptivos orales (contengan solo progestágenos).
- Tratamiento del dolor:
 - AINES (1000 Naproxeno, 800 ibuprofeno arginina) con una infusión caliente.
 - Triptanes (nunca mezclar con ergóticos) orales, inhalados, sc.
 - Antieméticos.
- Prevención (1-2 crisis semanales, varios días o incapacitantes).
 - 10 mg Flunaricina, 80-120 mg propranolol, 1000 mg valproato o 100 topiramato.
 - No hacen efecto hasta el mes, se deben mantener 3-6 meses.
 - Toxina botulínica o anticuerpos monoclonale contra CGRP.

Cefalea aguda recurrente

Estatus migrañoso:

- S. glucosalino 2500-3000 ml/24h
- Lorazapan 1-2 mg sublingual, diazepam 5-10 vo, clorpromacina 25 mg im.
- Domperidona o metoclopramida si nauseas/vómitos.
- AINEs y/o triptanes vo, inhalada, IM o sc.
- Oxígeno 15 l minuto/15 minutos (más para cefalea en rácimos/poca evidencia).
- Dexametasona 8 mg iv +/- Valproato 800 mg iv (en ultimo caso).
- Bloqueo nervio occipital mayor(GON).

Estatus migrañoso en el embarazo:

- Paracetamol/codeina 300/15 cada 6 horas.
- Si no cede Dolantina 100 mg cada 8 horas iv +/- sumatriptan vo.
- Profilaxis metoprolol 50-100 mg cada 12 horas suspendiendo ultimo mes.
- Bloqueo GON lidocaina.

Cefalea aguda recurrente

Cefalea tensional:

- Dolor opresivo descrito como una banda en la cabeza que aparece con más frecuencia durante la tarde-noche.
- Aparece en épocas de más tensión.
- Es frecuente en pacientes migrañosos.
- Menos incapacitante y más frecuente que la migraña.
- Menos cortejo vegetativo.

- Tratamiento de prevención:
 - Amitriptilina 25-50, nortriptilina 25, mirtazapina 30 o ISRS.
 - Mantener al menos 6 meses.

- Tratamiento del dolor con AINES.

Cefalea aguda recurrente

Cefalea en ráculos o “Cluster Headache”:

- Predomina en varones de 20-40 años.
- Varias veces al día, durante periodos de varias semanas de duración, con intervalos libres entre los mismos. Cefalea orbitaria, supraorbitaria o temporal, siempre del mismo lado y acompañada de inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración, hiralgesia facial o Horner ipsisilateral. Aparecer siempre a la misma hora y duran 10-120 minutos.
- Siempre enviar a neurología para hacer neuroimagen (RM Craneal).
- Crisis de dolor se trata con triptanes, oxígeno o ergotamina.
- Prevención con verapamilo, litio, topiramato o esteroides.

CEFALEAS

PRINCIPALES SÍNDROMES

Cefalea aguda recurrente



Cluster headaches may involve pain around one eye, along with drooping of the lid, tearing and congestion on the same side as the pain

Cefalea aguda recurrente

Cefaleas relacionadas con situaciones especiales:

- Tos
- Ejercicio
- Coito

Si bruscas descartar HSA

Cefalea crónica progresiva

Se deben de realizar todas las pruebas complementarias necesarias para descartar organicidad ante esta situación.

Fundamentalmente secundarias:

- Procesos expansivos intracraneales
- Hidrocefalia
- Hipertensión intracranial idiopática
- M. Crónica, trombosis de senos venosos, carcinomatosis menígea,....

A la exploración se observa un edema de papila y ocasionalmente una paresia uni/bilateral del VI par.

Cefalea crónica no progresiva

Actualmente se llaman cefaleas crónicas diarias y se incluyen:

- Cefalea tipo tensional crónica, con/sin abuso de analgésicos
- Migraña transformada, con/sin abuso de analgésicos
- Cefalea crónica diaria de reciente instauración
- Cefalea postraumática

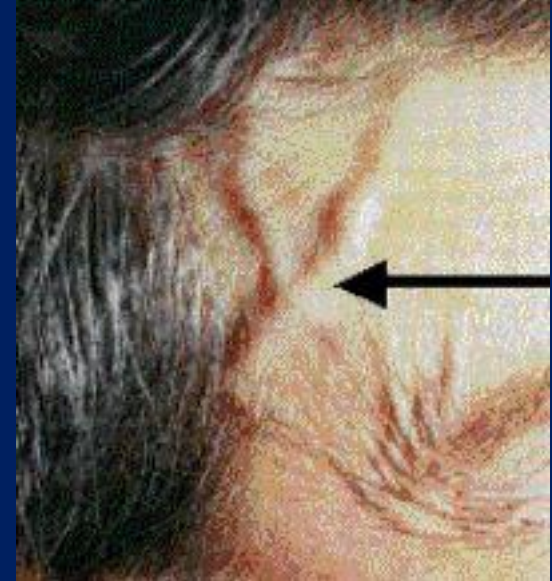
La más frecuente es la tipo tensional y se caracteriza por ser opresiva de intensidad leve, moderada, continua (15 días a 6 meses) y no modificarse por la actividad habitual.

Tratamiento inicial amitriptilina, nortriptilina o ISRS.

CEFALEAS

Arteritis de la temporal

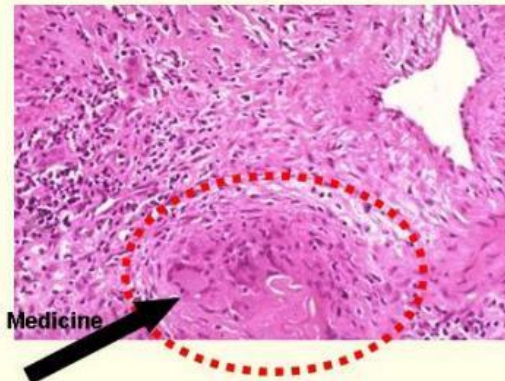
- Arteritis de células gigantes que afecta vasos intra/extracraneales.
- *Cefalea* persistente normalmente sobre región temporal.
- Raramente asocia *claudicación mandibular*.
- Se complica con N. óptica isquémica, ictus (tronco), sordera.
- Precedida de *pérdida de peso, anemia, debilidad generalizada* y el 20% precedida de polimialgia reumática
- Arterias temporales engrosadas, duras y no pulsátiles.
- **Screening** VSG y PCR (todos los >55 años).
- **Diagnóstico** mediante biopsia de la arteria temporal. Ecografía.
- **Urgencia médica:** Prednisona 1mg/kg. Enviar urgente para estudio.



Temporal Arteritis



Source: Tufts School of Dental Medicine



Giant cells (arrow) within a granuloma (circle)
of granulomatous inflammation

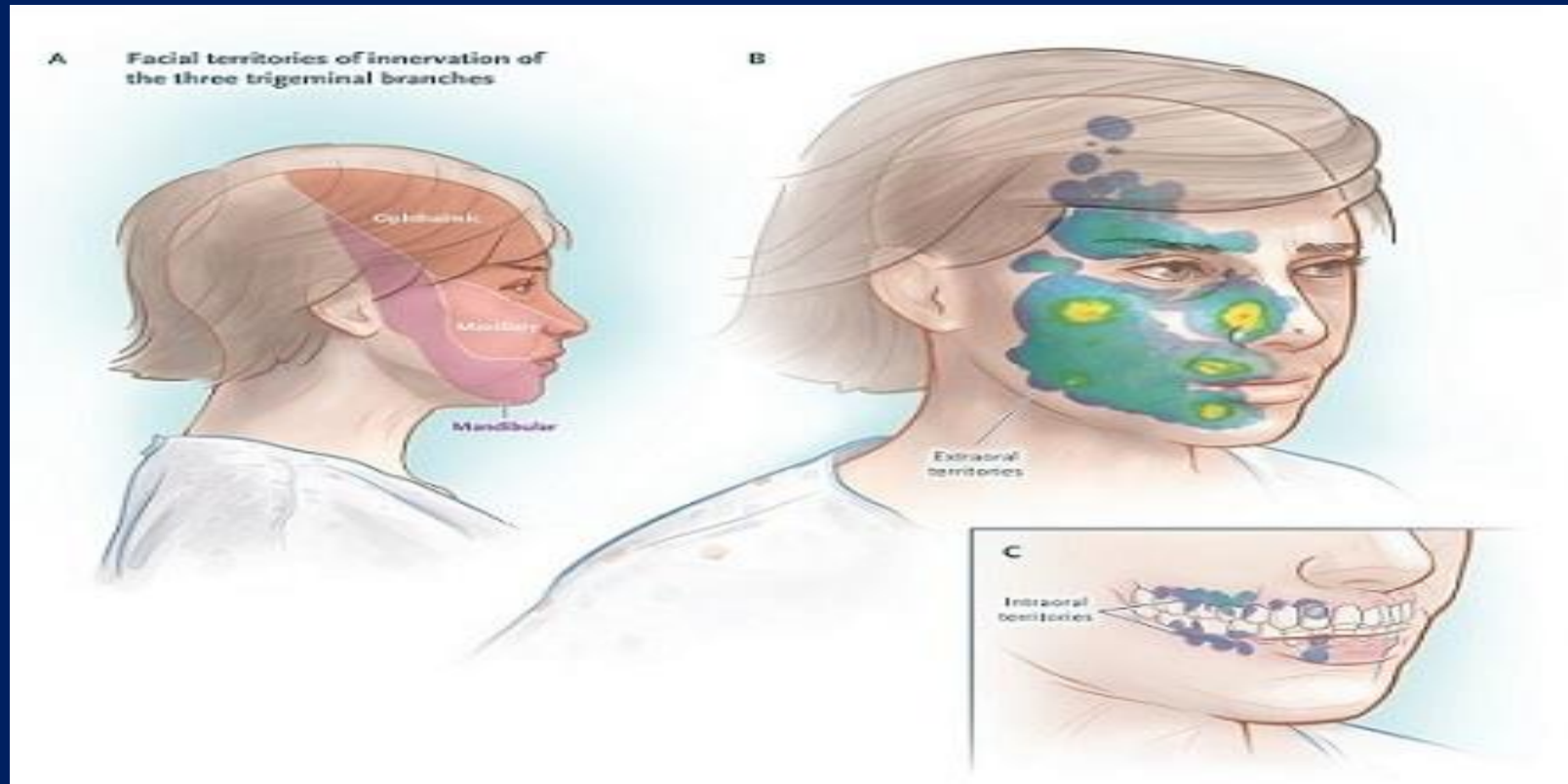
CEFALEAS

Neuralgia del trigémino

- Episodios paroxísticos de dolor lancinante que afectan a una o más ramas del trigémino.
- Suele ser unilateral, ataques duran días/semanas y no despiertan por la noche.
- Existe punto gatillo y se produce al comer, limpiarse dientes, etc.
- Predomina en mujeres mayores de 50 años.
- Puede ser primaria (compresión vascular trigémino) o secundaria.
- Respuesta muy buena a carbamazepina: es preciso llegar al menos hasta 600 mg y puede ser eficaz hasta 1000 (OxCBZ tb 900-1200mg).
- También se usa baclofeno, fenitoina, pregabalina, etc.
- Cuando no cede a CBZ puede ser por dx erróneo o sintomática. Se trata también con técnicas quirúrgicas.
- Siempre se estudia con RM craneo.

CEFALEAS

Neuralgia del trigémino



En urgencias 1 amp fenitoína (250 mg) intravenosa disuelta en 100 cc de S. Fisiológico en 30 min.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN



PREGUNTAS

- **Cuál de estos casos es un signo de alarma:**
 - a. Cefalea brusca, aunque autolimitada.**
 - b. Cefalea alternante de lado.**
 - c. Cefalea de aparición diaria por la tarde.**
 - d. Cefalea acompañada de náuseas y fotofobia.**
 - e. Cefalea unilateral estricta en paciente con cefalea en racimos conocida.**

PREGUNTAS

- **Cuál de estas afirmaciones es incorrecta sobre la hemorragia subaracnoidea:**
 - a. Es preciso hacer siempre un TAC craneal.**
 - b. El TAC craneal no la descarta.**
 - c. El dolor cervical brusco ocurre en hemorragias espinales.**
 - d. Pueden asociar un III par craneal o hemorragia subhialoidea.**
 - e. Queda descartada si desaparece rápido con analgesia.**

PREGUNTAS

- **Cuál de estas afirmaciones es correcta:**
 - a. **Es preciso realizar TAC craneal en todas las cefaleas agudas.**
 - b. **Es raro que la arteritis de la temporal produzca NOIA o Ictus vertebrobasilar.**
 - c. **En todos los casos de arteritis de la temporal tenemos que hacer biopsia antes de tratarlos.**
 - d. **La hiperosmia/disosmia se debe siempre a tumores del lóbulo temporal en cefaleas.**
 - e. **En pacientes de más de 55 años es preciso realizar PCR en cefalea de reciente comienzo.**