

CEFALEA

Xavier Català Estopa, Quim Rios Sambernardo

INTRODUCCIÓ

Es poden classificar en primàries (de les que el 80% corresponen a cefalees del tipus migranya i cefalea tensional i un 5% a cefalea crònica per abús d'analgèsics) i secundàries. L'objectiu bàsic de l'atenció al pacient amb cefalea és poder diferenciar-les. El diagnòstic de la cefalea és clínic.

CLAUS DIAGNÒSTIQUES

Anamnesi:

En termes generals l'anamnesi del pacient amb cefalea ha de recollir el patró temporal i les característiques del dolor que ens portaran juntament amb l'exploració física a identificar el tipus de cefalea.

1. Edat, sexe, ocupació laboral, antecedents familiars de cefalea.
2. Edat d'inici i temps d'evolució.
3. Mode d'instauració (sobtada, gradual, crònica).
4. Freqüència (diària, semanal, mensual), durada dels episodis (segons, minuts, hores, dies) i horari de presentació (matí, vespre).
5. Característiques del dolor (opresiu, punyent, pulsàtil, contínua...).
6. Intensitat (compatibilitat amb l'activitat diària) i localització del dolor.
7. Factors moduladors del dolor (agreujants, desencadenants, remissions del dolor).
8. Síntomes associats (en especial els símptomes neurològics).

Exploració física:

- Presa de constants vitals.
- Exploració per aparells:
 - Cardiorespiratòria i abdominal.
 - Palpació i auscultació del crani.
 - Palpació i auscultació de les artèries caròtida i temporals.
 - Exploració de sinus paranassals i oïda.
 - Exploració columna cervical.

Exploració neurològica:

- Nivell de consciència, atenció, orientació, llenguatge.
- Fons d'ull.
- Parells cranials.
- Extremitats: força, sensibilitat i reflexes.
- Marxa, equilibri i coordinació.

Signes d'alarma

1. Cefalea intensa d'inici sobtat.
2. Empitjorament recent de cefalea crònica.
3. Cefalea de freqüència i/o intensitat creixent.
4. Manifestacions acompanyants:
 - Transorn del comportament o del caràcter.
 - Crisi comicial.
 - Alteració neurològica focal.
 - Papiledema.
 - Febre.
 - Nàusees i vòmits (excepte en la migranya).
 - Signes meningis.
 - Precipitada per un esforç físic, tos o canvi postural.

Taula 1. Criteris diagnòstics més freqüents de les cefalees primàries

MIGRANYA SENSE AURA	MIGRANYA AMB AURA	CEFALEA TENSIONAL	CEFALEA "EN RACIMOS"	HEMICRÀNIA PAROXÍSTICA CRÒNICA
<ul style="list-style-type: none"> ● Durada de 4 a 72 hores. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Durada de 4 a 72 hores. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Com a mínim 10 episodis de duració entre 30 minuts i 7 dies. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Durada de 15 a 180 minuts sense tractament. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Duració de 2 a 45'.
Característiques del dolor Com a mínim 2 de: <ul style="list-style-type: none"> ● Unilateral ● Pulsatiu ● Moderat o greu ● Empitjora amb l'exercici 	Característiques de l'aura: <ul style="list-style-type: none"> ● Un o més símptomes completament reversibles. ● Instaurenció en més de 4'. ● Durada major a 60 minuts ● La cefalea segueix al aura amb un interval lliure menor a 60'. 	Característiques del dolor Com a mínim 2 de: <ul style="list-style-type: none"> ● Bilateral ● Opressiu (no pulsatiu) ● Lleu o moderat ● No empitjora amb l'exercici. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 5 o més crisi diàries (encara que poden oscilar entre 1 a dies alterns fins a 8 al dia) ● Adults joves. ● Homes 5/1 	<ul style="list-style-type: none"> ● 5 o més crisi diàries (fins a 30). ● Edat adulta. ● Dones 5/1
Com a mínim 1 de: <ul style="list-style-type: none"> ● Nàusees o vòmits ● Fotofòbia o sonofòbia. 	Característiques del dolor Com a mínim 2 de: <ul style="list-style-type: none"> ● Unilateral ● Pulsatiu ● Moderat o greu ● Empitjora amb l'exercici 	Com a mínim 1 de: <ul style="list-style-type: none"> ● No nàusees ni vòmits ● No fotofòbia ni sonofòbia. 	Característiques del dolor ● Unilaterals (oculars-temporals-frontals). <ul style="list-style-type: none"> ● No predomini nocturn. ● Pot existir algun signe ipsilateral al dolor: rinorrea, llagrimex, hiperèmia conjuntival, ptosi o edema palpebral. 	Característiques del dolor ● Lancinants <ul style="list-style-type: none"> ● La bona resposta amb indometacina és un criteri diagnòstic.
Els símptomes més freqüents de l'aura son visuals: visió borrosa, escotomes centellejants, perdua de visió a una part del camp visual	S'associa a contractures de la musculatura paravertebral i símptomes d'ansietat i depressió.	S'associa a contractures de la musculatura paravertebral i símptomes d'ansietat i depressió.	Hiperèmia conjuntival, llagrimex, rinorrea, hiperhidrosi al front o la cara, miosi, ptosi, edema palpebral.	

GUIA D'ACTUACIÓ

Tractament en fase aguda:

1. Analgèsics i antiinflamatoris:

- Àcid acetil salicílic: 500-1000 mg vo.
- Paracetamol: 1000 mg vo.
- Dexketoprofe: 50 mg parenteral.
- Metamizol: 2000 mg vo ó im.
- També són útils: Ibuprofè: 600-1200 mg vo, Naproxè: 500-1000 mg vo.

2. Antiemètics:

- Metoclopramida: 10 mg vo ó im.

3. Valorar associar ansiolític:

- Diacepam: 5 mg vo.

Tractaments en situacions concretes:

1. Cefalea cluster o en cúmuls:

- Sumatriptan (6mg sc.).
- Oxigen amb mascareta al 100%, 7 L/min (màxim 15 min).

2. Hemicranea paroxística:

- Indometacina (150mg/dia vo ó rectal). La bona resposta és criteri diagnòstic.

3. Migranya en el pacient rebel al tractament analgèsic i antiinflamatori.

- Agonistes 5HT1 (administrar a la 1a hora).
- Sumatriptan: 50-100 mg vo, 20 mg nasal, 6 mg subcutani.

Críteris de derivació

1. Cefalea amb signes d'alarma.
2. Sospita de cefalea secundària (arteritis de cèl.lules gegants, hemorràgia subaracnoidal, associada a traumatisme craneal, neuràlgia de parells craneals o postherpètica rebel al tractament).
3. Cefalea molt intensa o rebel al tractament.
4. Cefalea crònica progressiva.
5. Migranya amb aurea atípica, status migranyós.

CEFALEES SECUNDARIES

AVC isquèmic. Adults joves, dones, intensitat moderada, hores-dies de durada, autolimitada.

HSA. De màxima intensitat des de l'inici (inici sobtat), holocranial, desencadenada per l'esforç físic. Pot acompanyar-se de depressió del nivell de consciència i poden aparèixer signes meningis amb hores d'evolució. Descartar amb TC cranial i PL si TC normal.

HEMORRÀGIA INTRACRANIAL (parenquimatosa, subdural, epidural). Produeix cefalea per hipertensió endocranial.

DISECCIÓ CAROTÍDEA O VERTEBRAL. Dolor cervical o cefalea que pot avançar-se a un quadre neurològic. A la dissecció carotídea podem trobar un buf carotídi, una sd. Horner (miosi, ptosi palpebral) trastorns visuals i focalitat hemisfèrica ipsilateral. A la dissecció vertebral la cefalea és occipitocervical associada a semiologia del territori vertebrò-basilar (ataxia, dismetries, vertigen...)

TROMBOSI DE SINUS VENOSOS. La cefalea pot acompanyar-se de crisi comicial focal o generalitzada amb o sense déficits neurològics focals. Produeix HTEC.

ARTERITIS DE LA TEMPORAL. Pacients majors de 50 anys, més freqüent a les dones. Cefalea subaguda d'inici recent. Sovint empitjora a la nit. S'acompanya d'elevació de la VSG. Palpació de l'arteria temporal engruixida i sense pols. S'ha d'iniciar tractament amb Prednisona 1mg/kg/dia.

INFECCIÓ ENDOCRANIAL. Sospitar a una cefalea amb quadre febril no explicat per altre patologia i deteriorament neurològic.

CEFALEA TUMORAL. Ha de sospitar-se davant una cefalea d'inici recent, cefalea que presenti canvis al seu patró de presentació, cefalea de predomini al matí, cefalea que es desencadena o empitjora amb el Valsalva o amb canvis posturals.

NEURÀLGIA DEL TRIGÈMIN. Normalment es presenta després dels 50 anys. Crisi de dolor facial paroxismal, breus però sobtades i molt intenses. Segueix el trajecte d'una o més branques del nervi trigèmin, generalment la segona o tercera. El tractament és Carbamecepin iniciant dosi de 100mg/12h/vv i augmentant 100mg cada 3-4 dies fins assolir els 600-1200mg/d.

HIPERTENSIÓ ENDOCRANIAL IDIOPÀTICA. És una síndrome d'hipertensió endocranial en absència de lesions ocupants d'espai o hidrocefàlia. En un 90% dels casos son dones joves i obeses. Etiopatologia desconeguda. Solen patir maldecap, papiledema, enfosquiments visuals transitoris, acúfens. Ocasionalment paràlisi del VI parell cranial, un 5% disminució permanent de l'agudesa visual. El TC i la RM son normals. La PL verifica hiperpressió del LCR. Es trata amb punxions lumbars repetides, diurètics, esteroides i vàlvules de derivació.

CEFALEA SEXUAL. De tres tipus: 1. Cefalea després del coit, sorda, equiparable a la cefalea tensional per contracció muscular. 2. Cefalea explosiva que coincideix amb el moment de l'orgasme del mateix significat que una cefalea desencadenada per l'esforç físic (descartar HSA, hematoma) 3. Cefalea durant el coit, postural per hipopressió del LCR durant l'esforç del coit.

CEFALEA POST-PUNCIÓ LUMBAR. Per hipopressió del LCR, administrar paracetamol o AINEs i repòs horitzontal al menys durant 24 hores.

Bibliografia

1. Grup de estudio de cefalea. *Actitud diagnòstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2001.*
2. Arboix, A. i Titus, F. *Cefalea en las enfermedades vasculares cerebrales. Med Clin (Barc) 1996; 107 : 742-747.*
3. Rivas Jimenez, M i altres. *Conducta ante la cefalea aguda. Actualización en medicina general y de familia. OMC formación. 2000.*
4. Seymour Diamond, MD i altres. *Eficacia y tolerabilidad del sumatriptan en spray nasal en el tratamiento de múltiples crisis de migraña. ARCH FARM MED/vol 7 may/june 11.1998.*
5. Blanda, M. *Headache, Migraine. EMedicine Journal, January 14 2002, Vol 3, n° 1.*
6. Alastair, J.J. Wood. *Migraine-Current understanding and treatment. N Engl J Med, Vol 346, n 4. 2002*