

Cefalea de tensión

III

INTRODUCCIÓN

La cefalea de tensión (CT) representa la cefalea más frecuente en nuestro medio, con una prevalencia de hasta el 74% en su forma episódica. Aunque se trata de una cefalea de intensidad leve-moderada, puede producir una disminución significativa de la calidad de vida de los pacientes. En cuanto a su temporalidad la actual clasificación de la IHS distingue entre formas episódicas (frecuentes e infrecuentes) y formas crónicas (Tabla VIII).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El dolor se describe como una opresión o “peso” cefálico, sin carácter pulsátil en la mayoría de los pacientes. Por lo general, no se acompaña de náuseas, vómitos, sino ni fotofobia. La localización del dolor es holocraneal en la inmensa mayoría de los sujetos y, a diferencia de la migraña, no suele agravarse con los esfuerzos o la actividad física. La intensidad del dolor es leve-moderada, aunque existen casos que pueden presentar una intensidad mayor. Algunos pacientes aquejan sensación de inestabilidad como expresión de un mareo psicofisiológico, astenia o alteraciones del sueño.

Tabla VIII. Cefalea de tensión (criterios diagnósticos)

Al menos 10 episodios de cefalea que duren entre 30 minutos y 7 días y que tengan, al menos, dos de las siguientes características:

- Calidad opresiva (no pulsátil)
- Intensidad leve o moderada
- Localización bilateral
- No agravado por esfuerzos físicos
- Sin náuseas ni vómitos
- Fotofobia o fonofobia (no más de uno)

FORMAS CLÍNICAS

Cefalea de tensión episódica infrecuente:

- Nº de episodios: < 1 día/mes (menos de 12 días/año)

Cefalea de tensión episódica frecuente:

- Nº de episodios: < 15 días/mes durante, al menos, 3 meses

Cefalea de tensión crónica:

- Nº de episodios \geq 15 días/mes durante más de 3 meses

DIAGNÓSTICO

A diferencia de la migraña la inespecificidad sintomática de la CT hace que sea un cuadro clínico de exclusión de otros trastornos orgánicos que pueden simular el dolor. No existe una prueba específica o un marcador biológico para el diagnóstico de la CT, aunque una detallada historia clínica y una adecuada exploración física y neurológica proporcionará las claves diagnósticas en la mayoría de los pacientes. A pesar de ello, la realización de una prueba de neuroimagen puede ser útil en algunos pacientes para completar el estudio y descartar otros procesos. En la práctica clínica habitual la realización de las pruebas de imagen viene determinada por el patrón cronológico de la cefalea (empeoramiento en los últimos meses), la existencia de alteraciones exploratorias, datos de atipicidad en la historia clínica, la edad del paciente, la existencia de patologías de base que aumenten el riesgo de alteraciones cerebrales (inmunosupresión, neoplasias o procesos infecciosos),

y en ocasiones, el miedo por parte del paciente. En los sujetos mayores de 50 años es recomendable, además, solicitar una velocidad de sedimentación globular con el fin de descartar una arteritis de la arteria temporal.

En el diagnóstico diferencial de la CT hay que tener en cuenta la existencia de otras patologías que pueden simular o empeorar el dolor. Sin embargo, la mayoría de estas patologías pueden cursar con dolores craneocervicales, facial o temporal y es infrecuente su presentación como una CT típica. Un grupo especial son los trastornos de la presión intracraneal que en ocasiones, debemos incluir en el diagnóstico diferencial. A menudo, estos trastornos cursan sin alteraciones relevantes en las pruebas de neuroimagen, lo que dificulta su diagnóstico. La hipertensión intracraneal idiopática es un trastorno que afecta especialmente a mujeres jóvenes y con sobrepeso. Suele cursar con cefaleas persistentes que se pueden acompañar de alteraciones visuales episódicas o establecidas. La observación de papiledema en el fondo de ojo y la normalidad de las pruebas de imagen son hallazgos característicos. La determinación de un aumento en la presión del LCR en la punción lumbar es la clave diagnóstica de este trastorno, junto a la ausencia de otras alteraciones en neuroimagen y en el LCR. Aunque existen casos de hipertensión intracraneal sin edema de papila, estos son infrecuentes y posiblemente podríamos englobarlos como otra entidad. Los cuadros de hipotensión intracraneal espontánea o secundaria pueden producir cefaleas persistentes, aunque el carácter ortostático del dolor es un dato patognomónico, así como el aumento de su intensidad con la compresión de las yugulares.

FISIOPATOLOGÍA

Aunque tradicionalmente se ha atribuido a los factores periféricos, una gran importancia en la génesis de la CT, en la actua-

lidad se piensa que los mecanismos centrales pueden jugar un papel básico. Es posible que estas alteraciones centrales induzcan cambios en los mecanismos reguladores del dolor, disminuyendo el umbral de percepción del mismo. Sin embargo, la importancia de los factores centrales y periféricos parece variar entre individuos y es posible que puedan presentarse cada uno de forma independiente.

TRATAMIENTO DE LA FASE AGUDA

Solo se han ensayado en estudios doble ciego aleatorizados algunos analgésicos simples y AINE. Tanto ibuprofeno a dosis de 600 mg. como diclofenaco, paracetamol (650-1.000 mg.) y AAS (500-1.000 mg.) han demostrado su superioridad sobre el placebo. No se disponen de evidencias que justifiquen el uso de los relajantes musculares o los triptanes en esta indicación. La elección de cada fármaco debería realizarse según el perfil de efectos secundarios y la experiencia previa por parte del paciente y el médico. Un punto importante a subrayar es la posibilidad de un consumo excesivo de analgésicos que dificulta e interfiere el control de las cefaleas. Por lo tanto, es de gran importancia educar e informar al paciente del efecto perjudicial de este exceso de consumo y establecer unos límites para su uso.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Farmacológico

Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos más empleados en el tratamiento de la CT. Su eficacia ha sido demostrada en distintos estudios controlados frente a placebo. La amitriptilina es eficaz en la mayoría de los pacientes a dosis reducidas de 10-25 mg. en administración única nocturna. En algunos casos se precisa un aumento progresivo hasta 75-100

mg./día. Este aumento debe ser gradual y en función de la aparición de efectos secundarios, como la sequedad de boca o la somnolencia. Otros antidepresivos tricíclicos tienen similar eficacia y pueden usarse de segunda línea. Una buena opción terapéutica es la mirtazapina. La utilización de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) podría ser una opción, aunque parecen presentar menos eficacia que los anteriores en este grupo de pacientes. El mecanismo de acción de los antidepresivos no está aclarado y parece ser independiente de su acción frente a la depresión.

El valproato, la destroanfetamina y los AINE no han mostrado evidencias para su uso en pacientes con CT como tratamiento preventivo. La toxina botulínica podría ser una opción terapéutica, aunque serán necesarios estudios más extensos para su estandarización. Otras técnicas, como la acupuntura, las férulas de descarga no han mostrado su eficacia.

No farmacológico

Cada vez hay más evidencias de la posible participación central en la CT y que los trastornos psicológicos participan, pero no son imprescindibles en la génesis de la cefalea. Las terapias no farmacológicas con técnicas de relajación, psicoterapia y *bio-feedback* también pueden tener su utilidad en pacientes seleccionados. Sin embargo, es fundamental la adecuada selección del paciente y que estas técnicas sean realizadas por especialistas en el manejo no farmacológico de la cefalea, y siempre supervisada la respuesta por el neurólogo. Además, estas técnicas no deben ser consideradas sustitutivas de las farmacológicas, sino complementarias.

