

Cefalea en racimos

INTRODUCCIÓN

Incluida y paradigma clínico de las cefalalgias trigémino-autónomas, la cefalea en racimos (CR) predomina en el varón (relación hombre/mujer de 5/1); sin embargo, en los últimos estudios parece que esta relación es menor de lo que inicialmente se pensaba. Aunque la clínica es muy específica y la mayoría de los casos el cuadro es primario, en un pequeño porcentaje puede ser la expresión o estar desencadenada por una lesión, habitualmente de localización parahipofisaria o en el seno cavernoso.

DIAGNÓSTICO

La CR (Tabla IX) cursa con ataques de dolor estrictamente unilateral, no cambiante de lateralidad durante cada racimo, intenso, peri o supraorbitario, temporal o sobre todas estas regiones, con una duración habitual de 15 a 180 minutos y con una frecuencia variable, que puede oscilar entre una crisis cada dos días hasta varios episodios al día. Se suelen acompañar de

Tabla IX. Criterios diagnósticos de la cefalea en racimos (IHS, 2004).

- A. Se necesitan, al menos, 5 crisis que cumplan los criterios B, C y D.
- B. Dolor intenso o muy intenso unilateral; orbitario; supraorbitario, temporal o ambos; que dura entre 15 y 180 minutos sin tratamiento
- C. La cefalea se acompaña de, al menos, uno de los siguientes signos:
 - a. Inyección conjuntival ipsilateral, lagrimeo o ambos
 - b. Congestión nasal ipsilateral, rinorrea o ambos
 - c. Edema palpebral ipsilatera
 - d. Sudación en la frente y cara ipsilateral
 - e. Miosis o ptosis ipsilateral o ambos
 - f. Inquietud motora y desasosiego
- D. Frecuencia de las crisis entre 1 cada 2 días y 8 al día.
- E. La dolencia no se puede atribuir a otra enfermedad

Formas clínicas:

Cefalea en racimos episódica

- Al menos dos períodos de crisis (racimos) que cumplan todos los criterios (A-E), de duración entre 7 y 365 días, separados por remisiones sin dolor de, por lo menos, un mes

Cefalea en racimos crónica

- Ausencia de fases de remisión durante un año o más, o con remisiones que duran menos de un mes

alteraciones autonómicas, como inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudación frontal y facial, miosis, ptosis o edema palpebral, así como de una inquietud motora y marcado desasosiego. Este nerviosismo diferencia el comportamiento crítico de los pacientes con CR de los que padecen una migraña que prefieren estar relajados en un lugar ausente de estímulos sensoriales intensos. Los ataques presentan habitualmente una incidencia horaria similar, y los ataques pueden tener una duración longitudinal de semanas e incluso meses.

ACTITUD TERAPÉUTICA

En un paciente con CR siempre deberemos personalizar el tratamiento buscando factores desencadenantes, eligiendo el tratamiento para las crisis más adecuado y pautando un tratamiento preventivo en función de los antecedentes personales del paciente y de los efectos secundarios del mismo. El desencadenante más habitual de las crisis de cefalea en racimos suele ser el alcohol, por lo que deberemos recomendar que no se consuma por parte del paciente.

Tratamiento de las crisis

Dada la intensidad de la CR y su corta duración buscamos fármacos eficaces, como los triptanes que por su formulación inician su efecto de una manera precoz. Sin duda el fármaco de elección es el sumatriptán subcutáneo (6 mg) con el que la mayoría de pacientes consiguen yugular sus crisis en pocos minutos.

Como alternativa pueden utilizarse las formulaciones intranasales (sumatriptán o zolmitriptán) que han demostrado su eficacia y son una alternativa a considerar en pacientes en los que no toleren el sumatriptán s.c.

La oxigenoterapia es una medida eficaz en la cefalea en racimos administrada al 100% con un flujo de 7-10 litros durante 15 minutos.

Tratamiento de transición

Se engloban en este epígrafe aquellos fármacos encaminados a cortar el brote actual. Se utiliza únicamente durante unos días a la espera de que el tratamiento preventivo de fondo (a largo plazo) comience a actuar.

La prednisona es un fármaco que ha mostrado sobradamente su eficacia, a dosis de 1-1,5 mg/kg/día matutina durante 7

días, con ulterior disminución progresiva de la dosis a lo largo de 3 semanas hasta su interrupción. El problema es el riesgo de cronificación y el riesgo de efectos secundarios, por lo que puede ser recomendable su administración en asociación con otro tratamiento preventivo, siendo la pauta combinada la más habitual.

Algunos autores han propuesto el uso de triptanes de larga vida media con este fin. En este sentido se han publicado algunos trabajos con naratriptán, eletriptán y frovatriptán, aunque se necesitan estudios controlados antes de poder recomendarlos fehacientemente.

Tratamiento preventivo a largo plazo

El verapamilo es el fármaco que dispone de más estudios que avalen su eficacia en esta indicación. Debe hacerse un escalado progresivo de dosis (80-160-240 mg). Caso de no encontrar respuesta satisfactoria puede incrementarse hasta 720 mg/día (algunos autores refieren dosis incluso mayores). En las formas crónicas el carbonato de litio es una opción a considerar. La dosis varía entre 400 y 1.200 mg al día. Se deben realizar controles de la función tiroidea y de los niveles plasmáticos de litio para mantenerlos entre 0,5 y 1,0 mEq/L.

De los nuevos neuromoduladores, el topiramato ha mostrado su eficacia en pacientes con CR a dosis de 200-400 mg al día repartidos en dos tomas.

Relegadas a un segundo plano las técnicas quirúrgicas lesivas sobre el nervio trigémino, hoy en día disponemos de otras posibilidades de actuación. En una primera etapa puede ensayarse la actuación percutánea sobre el ganglio esfenopalatino. En casos más refractarios, puede plantearse la implantación de un estimulador profundo a nivel del hipotálamo posterior ipsilateral al dolor. Esta actuación solo cabe hacerla en pacientes con formas crónicas y refractarias a todo tipo de medica-



ción. Su realización debería quedar restringida a centros con experiencia en este tipo de técnicas y dentro de un protocolo estricto en tanto se trata, a día de hoy, de una técnica experimental. Por supuesto, el consentimiento informado y la aprobación por el Comité de Ética del Hospital son obligados.

