

## Cefaleas secundarias

Hablamos de cefaleas secundarias para referirnos a aquellas cefaleas nuevas que aparecen en estrecha relación temporal con otra patología reconocida como capaz de causar cefalea, y que se reducen o desaparecen tras el tratamiento efectivo o remisión espontánea de la patología causal. Los grupos 5 al 12 de la Clasificación Internacional de Cefaleas están referidos a las cefaleas secundarias (Tabla X).

Como máxima general, siempre que una cefalea no cumpla las características típicas de una cefalea primaria es preciso descartar una cefalea secundaria. La anamnesis y la exploración son la clave para establecer la sospecha de cefalea secundaria.

Hay cefaleas cuyas características nos obligan a considerar cefaleas secundarias, como las de inicio reciente sin antecedentes de cefalea, las de intensidad progresiva, o intensas de claro inicio brusco, las desencadenadas por la maniobra de Valsalva o en relación con esfuerzo, las que aparecen con la bipedestación o sedestación y mejoran con el decúbito, las que asocian fiebre, meningismo, papiledema, alteraciones patológicas de la exploración neurológica, o alteración del nivel de conciencia.

La discusión pormenorizada de las causas de cefalea secundaria, su diagnóstico y tratamiento excede los objetivos de esta guía, pero algunas consideraciones resultan clave.

**Tabla X. Cefaleas secundarias (ICHD-2).**

5. Cefalea atribuida a trauma craneal y/o cervical
6. Cefalea atribuida a alteraciones vasculares craneales o cervicales
7. Cefalea atribuida a un trastorno intracraneal no vascular
8. Cefalea atribuida a una sustancia o a su supresión
9. Cefalea atribuida a infección
10. Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis
11. Cefalea o dolor facial provocada por trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otra estructura facial o craneal
12. Cefalea atribuida a un trastorno psiquiátrico

La respuesta al tratamiento no descarta una cefalea secundaria, ya que pueden responder a los mismos tratamientos que las primarias (por ejemplo, es bien conocido que la cefalea de la hemorragia subaracnoidea puede responder a triptanes).

Las cefaleas de inicio brusco, en trueno, exigen descartar la hemorragia subaracnoidea, por lo que deben remitirse a un servicio de urgencias en que sea posible practicar un estudio de neuroimagen y una punción lumbar. Cualquier cefalea de inicio reciente persistente en un paciente mayor de 60 años debe sugerir la presencia de una arteritis de células gigantes. La presencia de una arteria del cuero cabelludo indurada y dolorosa es característica. Ante su sospecha debe realizarse un estudio de velocidad de sedimentación globular (VSG) y/o de proteína C reactiva (PCR) que están elevadas. La biopsia de arteria temporal confirma el diagnóstico. El tratamiento con prednisona a dosis de 1mg/kg/día puede prevenir una neuropatía óptica isquémica. Si esta aparece se recomienda el tratamiento con metilprednisolona 1g/e.v./día durante 3 días.

Una cefalea progresiva, difusa, que puede empeorar por la mañana y con las maniobras de Valsalva y el esfuerzo o asociarse a náuseas y/o vómitos obliga a descartar hipertensión endocraneal, por lo que se debe practicar un estudio de neuroimagen,

que permitirá el diagnóstico de lesiones ocupantes de espacio o hidrocefalia. En el caso de cefalea con papiledema será también ineludible el estudio con neuroimagen, y si este es normal debe practicarse una punción lumbar que puede permitir diagnosticar la hipertensión endocraneal idiopática. Esta se trata con acetazolamida y si existe déficit visual puede ser preciso el tratamiento quirúrgico con válvula de derivación ventriculoperitoneal o apertura de la vaina del nervio óptico. Las cefaleas que aparecen o empeoran al levantarse o sentarse y mejoran al tumbarse se relacionan con la hipotensión del LCR, bien postpunción lumbar, por fistula de LCR o por disminución espontánea de la presión del LCR. Los antecedentes o en su defecto la RMN con realce paquimeníngeo, mielografía, cisternografía o la punción lumbar permiten el diagnóstico. El tratamiento farmacológico es cafeína, teofilina o analgésicos convencionales y si es preciso el sellado quirúrgico de la fuga de LCR o los parches de sangre epidurales. Clásicamente se ha recomendado el reposo horizontal y la administración abundante de líquidos.

La causa más frecuente de cefalea en el contexto febril son los cuadros gripales o pseudogripales, pero se deberá descartar la presencia de signos meníngeos, focalidad o disminución del nivel de conciencia que pudiesen orientar hacia la meningitis, encefalitis o abscesos cerebrales, en cuyo caso la neuroimagen y/o punción lumbar serán diagnósticas. La cefalea precipitada por las maniobras de Valsalva (tusígena) es el síntoma más común de la malformación de Arnold-Chiari tipo I. Ante una cefalea tusígena será preciso practicar una RMN craneal que permita descartar este diagnóstico.

Diversos fármacos, como los nitritos y otros vasodilatadores, y diferentes trastornos de la homeostasis son también causa frecuente de cefalea secundaria. La cefalea postraumática aparece tras traumatismos craneales, tanto graves como leves y puede cursar de forma, tanto aguda como crónica. La forma crónica puede verse agravada por la personalidad previa del

paciente y actitudes rentistas. Su tratamiento consiste en analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos. Pueden ser útiles técnicas de relajación y *bio-feedback*.

## CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN

La cefalea por abuso de fármacos o cefalea por abuso de medicación (CAM) se debe a la interacción de un agente terapéutico utilizado excesivamente y un paciente susceptible. Así, el abuso de fármacos sintomáticos empleados para la cefalea induce cefalea en un individuo predispuesto.

En todo paciente con cefalea crónica diaria (CCD) debemos evaluar si existe o no abuso de medicación. En los casos de CCD en que no existe abuso de medicación debemos considerar los diagnósticos de migraña crónica, cefalea de tensión crónica, hemicránea continua o cefalea diaria persistente *de novo*. Si existe abuso de medicación el diagnóstico debe ser el de cefalea por abuso de medicación y el de la cefalea primaria preexistente. En cualquier caso el tratamiento de la CCD se hará en función del diagnóstico concreto y es recomendable la evaluación especializada.

Los estudios muestran una prevalencia de la CCD del 4-5% y de la CAM de algo más del 1% en la población general. En las consultas de neurología y en las unidades de cefaleas alcanza una proporción mucho mayor.

El diagnóstico de cefalea por abuso de fármacos se refiere a cefaleas presentes 15 o más días al mes, con abuso regular durante más de tres meses de uno o más fármacos para el tratamiento sintomático de la cefalea (10 o más días al mes de consumo de ergotamina, triptanes, opioides, combinaciones de analgésicos, o 15 o más días de consumo de un analgésico simple, o combinaciones de diferentes fármacos). La cefa-

lea debe haberse desarrollado o empeorado marcadamente con el abuso del fármaco. En la última clasificación de cefaleas del 2004 se consideró un criterio diagnóstico que la cefalea debía resolverse o revertir a su patrón previo tras dos meses de interrupción del abuso. En los nuevos criterios revisados este criterio ha sido eliminado (Tabla XI).

La importancia clínica del diagnóstico de la CAM radica en que los pacientes raramente responden al tratamiento profiláctico mientras persiste el abuso de la medicación aguda sintomática. La CAM tiene un patrón clínico variable, generalmente existe una cefalea de fondo de intensidad moderada, opresiva, holocraneal, sobre la que se superponen episodios de agravamiento que conservan las características originales de la cefalea primaria (por ejemplo, unilateralidad o pulsatilidad en los pacientes migrañosos). El abuso de triptanes puede aumentar la frecuencia de las migrañas.

La cefalea primaria que se ha relacionado con mayor frecuencia con la CAM es la migraña. Se considera que existe una predisposición genética para el desarrollo de la CAM. Algunos fármacos, como la codeína y otros opioides y como los ergóticos pueden inducir dependencia física. Se ha descrito que el periodo medio de inducción de CAM es menor para los triptanes que para los ergóticos y para estos que para los analgésicos. A su vez, el número de dosis mensuales que puede inducir CAM ha resultado menor para los triptanes que para los ergóticos y menor para estos que para los analgésicos. Probablemente sin embargo, las cefaleas que conducen al abuso de triptanes son más graves, sesgando la comparación. La cefalea de rebote, por supresión, que presentan los pacientes si no toman los fármacos conduce a la perpetuación del consumo. Esta cefalea de rebote es con frecuencia matutina o despierta al paciente. Otros mecanismos psicológicos, como el miedo de la cefalea inminente o la mayor efectividad del tratamiento precoz pueden favorecer el aumento del consumo de fármacos.

**Tabla XI.** Criterios diagnósticos de cefalea por abuso de fármacos. (ICHD-2 Revisados 2006).

- A. Cefalea presente  $\geq$  15 días/mes
- B. Abuso regular durante  $>$  3 meses de uno o más fármacos para tratamiento agudo/sintomático de la cefalea
  1. Ergotamina, triptanes, opioides o fármacos combinación de analgésicos  $\geq$  10 días/mes
  2. Analgésicos simples o cualquier combinación de ergotamina, triptanes y analgésicos opioides  $\geq$  15 días/mes, sin abuso de cualquiera de las variedades individualmente
- C. La cefalea se ha desarrollado o empeorado marcadamente durante el abuso del fármaco

## Estrategia terapéutica

La Atención Primaria es la pieza clave para prevenir la aparición de la CAM, por una parte, detectando la automedicación, el consumo excesivo de analgésicos y el empeoramiento de las cefaleas primarias y por otra, iniciando los tratamientos profilácticos que eviten un consumo excesivo de medicaciones sintomáticas.

Las estrategias terapéuticas son variadas. En general, se recomienda remitir al paciente a Atención Especializada. En nuestro medio el tratamiento de la CAM suele ser ambulatorio, pero en casos seleccionados en que el tratamiento ambulatorio ha fracasado, o con consumo de opiáceos o tranquilizantes, con enfermedades concomitantes o con depresión, el ingreso hospitalario puede ser una alternativa.

## Información

El tratamiento de la CAM es difícil, y exige la adecuada información al paciente desde el primer momento acerca de la naturaleza del cuadro, la importancia de la supresión del abuso y acerca de la previsible cefalea por supresión del tratamiento que debe superar, para lo que es imprescindible su implicación y esfuerzo. Solo si el paciente comprende el proceso y esta-

blece un adecuado vínculo de confianza con el médico se puede conseguir un cumplimiento efectivo y el éxito terapéutico.

### **Interrupción del abuso**

La adherencia terapéutica suele ser mayor si la supresión del abuso se consigue de forma ambulatoria. Se recomienda la interrupción brusca del abuso, especialmente en el caso de ergóticos, triptanes y analgésicos no opioides. En los casos de consumo de opioides, tranquilizantes o barbitúricos, puede ser más adecuada una retirada más lenta, según las dosis y duración del abuso.

La interrupción del abuso suele ser causa de cefalea intensa de rebote o por supresión, cuya intensidad y duración viene condicionada por las características del abuso y el tipo de fármaco. La cefalea por supresión es significativamente más prolongada con el abuso de analgésicos que con el de triptanes y ergóticos. La supresión de ergóticos y de combinaciones de analgésicos puede ser causa de náuseas, vómitos, hipotensión y taquicardia durante algunos días que precisan el tratamiento adecuado.

### **Tratamiento de la cefalea por supresión**

El tratamiento sintomático de transición utilizado con mayor frecuencia es un AINE, con frecuencia naproxeno cada 12 horas durante 15 días. Una buena alternativa es el uso de prednisona 60-100 mg al día con progresiva reducción durante 7-14 días. Se han propuesto múltiples pautas de tratamiento, la mayoría poco validadas. Algunos pacientes pueden requerir medicación ansiolítica los primeros días y otros antieméticos si aparecen náuseas o vómitos.

En general, se recomienda también el uso de antidepresivos desde el inicio de la supresión, siendo el más utilizado la amitriptilina a dosis de 10-75 mg, durante unos meses, para mejorar la tolerancia de los síntomas de la supresión.

### **Tratamiento profiláctico**

Si la cefalea de base es conocida como migrañosa, y los ataques frecuentes y/o graves se puede plantear iniciar la profilaxis incluso antes de iniciar la supresión. De hecho, es conveniente iniciar la prevención en este momento para evitar la recurrencia en el abuso. La elección entre los diferentes fármacos con propiedades preventivas dependerá, en gran medida, del tipo de cefalea de base (betabloqueantes o neuromoduladores si hay migraña y amitriptilina si asocia componente tensional). Superada la cefalea por supresión la cefalea primaria de base se tratará como se ha recomendado previamente preventiva y sintomáticamente.

### **Seguimiento**

Por último, es imprescindible un adecuado seguimiento, dado el riesgo de recaída de dichos pacientes en el abuso, que será mayor en la cefalea de tensión crónica y para las combinaciones de analgésicos. De nuevo la información adecuada será clave.