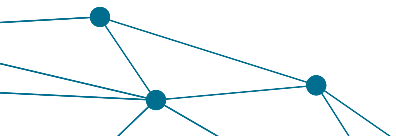


GUÍA PRÁCTICA DE CEFALÉAS 2021

**GRUPO DE ESTUDIO DE CEFALÉAS
DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE NEUROLOGÍA (SANCE)**

Ángel Gómez Camello • Carmen González Oria • Javier Viguera Romero





EDITORES

Dr. Ángel Gómez Camello.

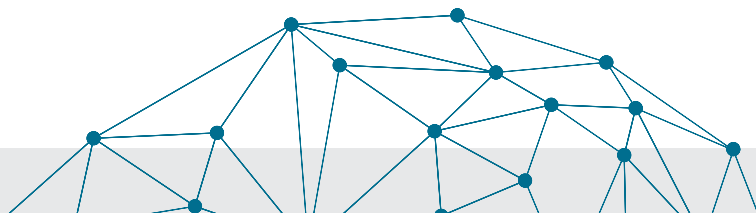
Vocal del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SAN (SANCE).

Dra. Carmen González Oria.

Coordinadora del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SAN (SANCE).

Dr. Javier Viguera Romero.

Secretario del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SAN (SANCE).



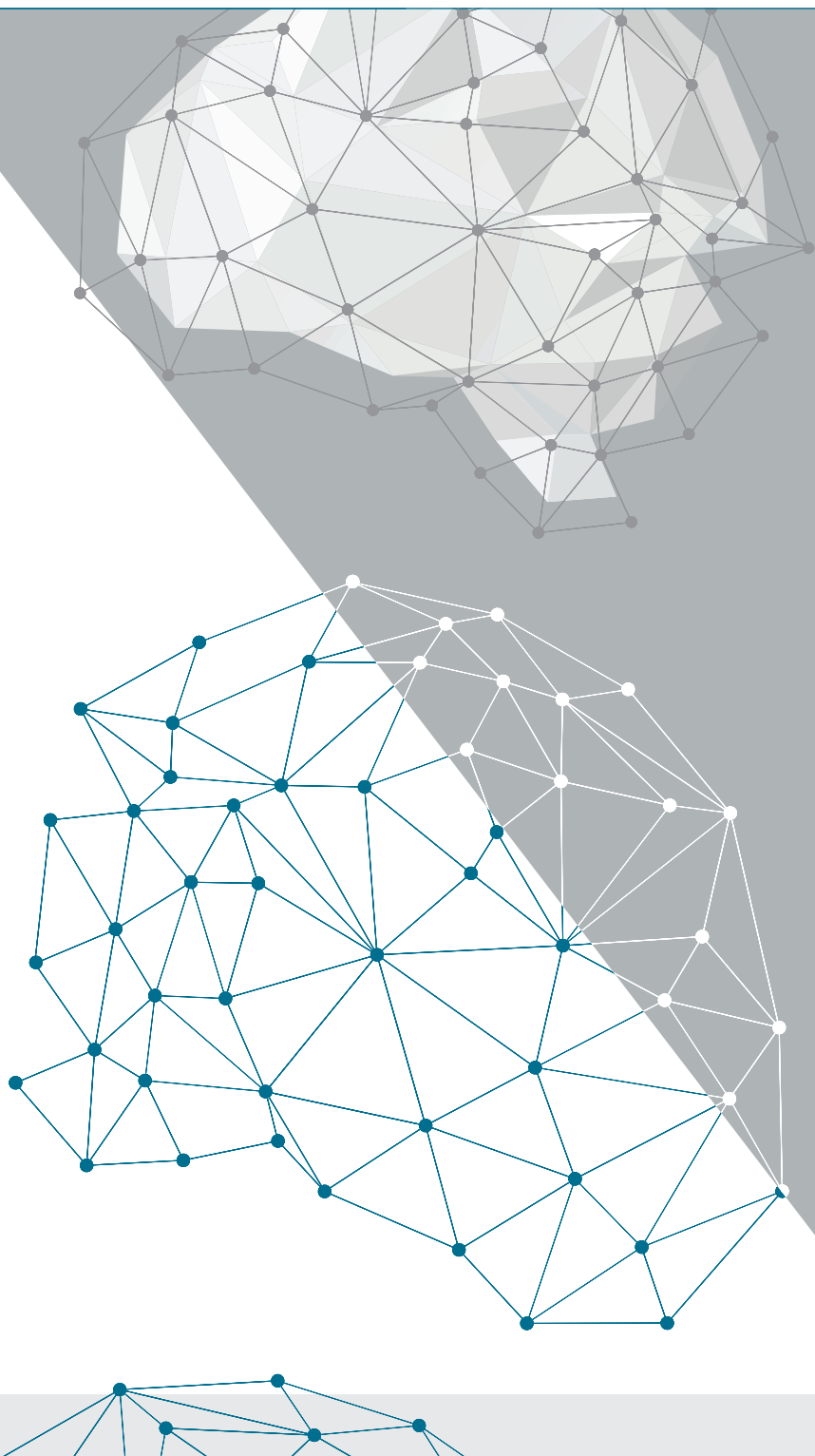


Realización: Medea, Medical Education Agency S. L.
c/Eloy Gonzalo 10 2ª planta – 28010 Madrid
email: medea@medea.es

TÍTULO ORIGINAL: GUÍA PRÁCTICA DE CEFALÉAS SANCE 2021

© 2021: Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE)
ISBN: 978-84-09-19257-1

Los contenidos expresados en cada uno de los capítulos reflejan la opinión de los autores de cada uno de ellos y/o de la bibliografía original. En ningún caso, los miembros del comité de redacción, la editorial o los patrocinadores de la obra han de compartir necesariamente el contenido de cada uno de los capítulos, ni se responsabilizan por actos médicos que pudieran relacionarse con los contenidos de esta obra. El titular del *copyright* se opone expresamente a cualquier utilización del contenido de esta publicación sin su expresa autorización, reservándose todos los derechos de explotación, por lo que ninguna parte de esta edición puede ser reproducida, ni transmitida, ni transformada en ninguna forma o medio alguno sin el permiso escrito de los titulares del *copyright*. La infracción de los derechos mencionados anteriormente puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (artículos 270 y siguientes del código penal).





ÍNDICE

1. MIGRAÑA EPISÓDICA	7
2. MIGRAÑA CRÓNICA	21
3. CEFALEA TENSIONAL	33
4. CEFALEAS TRIGEMINOAUTONÓMICAS	39
5. OTRAS CEFALEAS PRIMARIAS	49
6. CEFALEAS SECUNDARIAS	61
7. NEUROPATÍAS CRANEALES DOLOROSAS. BLOQUEOS ANESTÉSICOS DE NERVIOS PERICRANEALES	71
8. CEFALEAS NO TRAUMÁTICAS EN URGENCIAS	85
9. CEFALEA EN EMBARAZO Y LACTANCIA	99
10. VADEMÉCUM	111





MIGRAÑA EPISÓDICA



José Sempere Fernández⁽¹⁾, Alejandro Gallardo Tur⁽¹⁾, José Antonio Heras Pérez⁽¹⁾, M^a Carmen Blanco Valero⁽²⁾, Francisco Cañadillas Hidalgo⁽²⁾.

1. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

2. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

MIGRAÑA EPISÓDICA

TIPOS DE MIGRAÑA

Migraña episódica (ME) sin y con aura: es una entidad crónica que cursa en forma de crisis o ataques.

Migraña con aura de troncoencéfalo: conocida anteriormente como migraña basilar o migraña de Bickerstaff, se refiere a la migraña cuya aura cursa con síntomas troncoencefálicos.

Migraña hemipléjica: definida como el trastorno migrañoso cuya aura es característicamente motora. Si hay familiares de primer o segundo grado recibe el nombre de migraña hemipléjica familiar (MHF); en su defecto, migraña hemipléjica esporádica (MHE).

Migraña retiniana: es uno de los tipos de migraña menos frecuente, cuyo síntoma cardinal es una pérdida de visión monocular transitoria (amaurosis) de menos de 30 minutos de duración seguida de cefalea migrañosa.

DIAGNÓSTICO DE MIGRAÑA EPISÓDICA

Anamnesis: el diagnóstico en el paciente con migraña se basa en la anamnesis. Los criterios diagnósticos de migraña con y sin aura se muestran en la siguiente tabla.

Tabla I. Criterios diagnósticos de migraña sin aura y migraña con aura (ICHD-3)

Criterios diagnósticos de la migraña sin aura:
A. Al menos 5 crisis que cumplan los criterios B-D
B. Episodios de cefaleas entre 4 y 72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito)
C. La cefalea presenta al menos 2 de las siguientes características: 1. Localización unilateral 2. Carácter pulsátil 3. Dolor de intensidad moderada-severa 4. Empeora o condiciona el abandono de la actividad física habitual
D. Al menos uno de los siguientes durante la cefalea: 1. Náuseas y/o vómitos 2. Fotofobia y fonofobia
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3



Criterios diagnósticos de la migraña con aura:

A. Al menos dos crisis que cumplen los criterios B y C

B. Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles:

1. Visuales
2. Sensitivos
3. Del habla o del lenguaje
4. Motores
5. Troncoencefálicos
6. Retinianos

C. Al menos tres de las siguientes seis características:

1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas del aura durante un periodo ≥ 5 minutos y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente
2. Dos o más de los síntomas ocurren en sucesión
3. Cada síntoma del aura tiene una duración de entre 5-60 minutos
4. Al menos uno de los síntomas del aura es unilateral
5. Al menos un síntoma del aura es positivo
6. El aura se acompaña, o se sigue en 60 minutos, de cefalea

D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3

Exploración física: general y neurológica completa, con especial interés en la inspección y palpación de zonas craneales dolorosas o el fondo de ojo.

Estudios complementarios:

- Neuroimagen: su uso debe limitarse a aquellos pacientes con migraña en los que esté indicada (primer episodio de migraña con aura, cambios no explicados en la frecuencia o intensidad, crisis de migraña con aura con manifestaciones focales no cambiantes en lateralidad ni en expresividad clínica, migraña con aura prolongada, migraña asociada a síncope, ansiedad o hipocondriasis del paciente).
- Tanto el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) como las pruebas sanguíneas tienen poco espacio dentro del estudio del paciente con migraña, salvo en casos de dudas diagnósticas.



TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA EPISÓDICA

La elección del tratamiento dependerá de la frecuencia e intensidad de las crisis, la presencia de síntomas asociados y la discapacidad que provoque.

Tratamiento no farmacológico de la migraña episódica

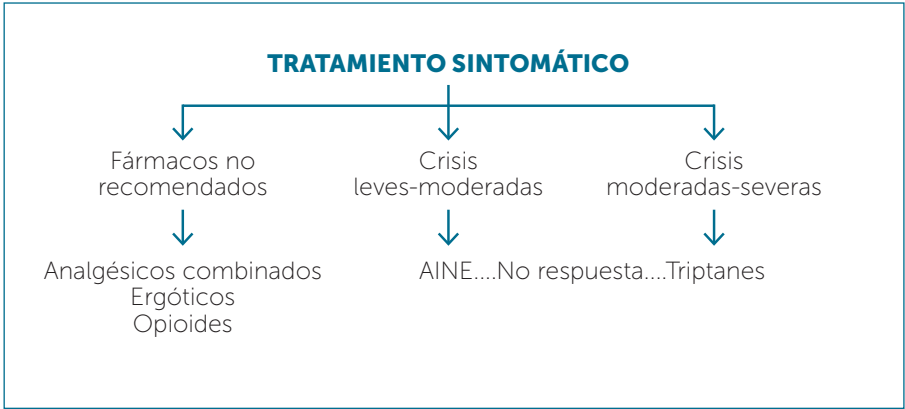
En general, se trata de un grupo de medidas encaminadas a **evitar los factores desencadenantes** reconocidos: estrés, ansiedad y depresión, uso de anovulatorios, ciertos alimentos, factores ambientales, alteraciones del sueño, fármacos...

Hay que enfatizar en el **cambio de hábitos de vida**: dormir 8 horas diarias, comer 5 veces al día, beber 2 litros de agua diarios y hacer ejercicio 3 días a la semana.

Tratamiento sintomático en la migraña episódica

Las crisis de migraña deben tratarse siempre y de forma rápida, haciéndose un tratamiento estratificado desde el inicio, eligiéndose el fármaco que menos contraindicaciones tenga, según las características y comorbilidad del paciente, y la severidad de la crisis.

Figura 1. Algoritmo de tratamiento sintomático



Crisis leve-moderadas:

Son de elección los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (nivel de evidencia I, grado de recomendación A) y fármacos coadyuvantes con acción antiemética/procinética importantes de cuando existen náuseas y vómitos. Se usarán analgésicos simples cuando los AINE estén contraindicados.

Tabla II. Tratamiento sintomático de crisis leve-moderadas

Fármacos	Dosis
AINE	
AAS	500-1000 mg, vía oral
Naproxeno	550-1100 mg vía oral
Ibuprofeno	600-1200 mg vía oral
Diclofenaco	50-100 mg vía oral; 100 mg vía rectal; 75 mg vía parenteral
Dexketoprofeno	12,5-50 mg vía oral; 25-50 mg vía parenteral
Ketorolaco	20-30 mg vía intramuscular
Analgésicos simples	Si contraindicación a AINE
Paracetamol	1000 mg vía oral, rectal o parenteral
Metamizol	575-1150 mg vía oral o rectal; 1000-2000 mg vía parenteral
Antieméticos	
Metoclopramida	10 mg, vía oral; 20 mg, vía rectal; 10 mg, vía parenteral
Domperidona	10-30 mg vía oral; 30-60 mg vía rectal

Crisis moderadas-intensas:

- **Selectivos:** triptanes (agonistas 5-HT_{1B/1D}). Tratamientos de elección con eficacia demostrada en las crisis de migraña (nivel de evidencia I, grado de recomendación A), por su rapidez de acción, y pocos efectos adversos. Este grupo de fármacos no deben usarse en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica o hipertensión no controlada, y se debe evitar su uso concomitante con litio.



Tabla III. Tratamiento sintomático de crisis moderadas-intensas

	Formulaciones	Dosis	Máx./día	
Sumatriptán	Comprimidos 50 mg	50-100 mg	100 mg	Paciente migrañoso estándar Posibilidades de embarazo
	Spray nasal 10 y 20 mg	10-20 mg	40 mg	Crisis resistentes a la vía oral Pacientes con vómitos
	Inyección subc. 6 mg	6 mg	12 mg	Crisis intensas resistentes a la vía oral y nasal
Zolmitriptán	Comprimidos 2,5 y 5 mg	2,5-5 mg	10 mg	Paciente migrañoso estándar
	Aerosol nasal 5 mg	5 mg	10 mg	Crisis resistentes a la vía oral Pacientes con vómitos
Rizatriptán	Comprimidos 10 mg	5-10 mg	20 mg	Crisis con dolor intenso, rápido y de corta duración
Almotriptán	Comprimidos 12,5 mg	12,5 mg	25 mg	Paciente migrañoso estándar Efectos adversos con otros triptanes Niños y adolescentes
Eletriptán	Comprimidos 20 y 40 mg	20-40 mg	80 mg	Crisis con dolor intenso de larga duración
Naratriptán	Comprimidos 2,5 mg	2,5 mg	5 mg	Crisis leves-moderadas de larga duración Efectos adversos con otros triptanes
Frovatriptán	Comprimidos 2,5 mg	2,5 mg	5 mg	Crisis leves-moderadas de larga duración Efectos adversos con otros triptanes

- **No selectivos:** ergóticos. Su uso en el tratamiento de la migraña ha declinado, y en la actualidad no se aconsejan en los enfermos *de novo* (nivel de evidencia III-IV, grado de recomendación C) y solo cabe considerar su utilización en aquellos pacientes que ya los están utilizando de forma esporádica y con buena eficacia.

Tratamiento preventivo de la migraña episódica

El tratamiento preventivo tiene como objetivo fundamental reducir la frecuencia, intensidad y duración de las crisis y hacer que estas sean más leves y, por tanto más sencillas de manejar. Iniciar el fármaco escogido con una dosis baja y aumentarla lentamente hasta que se observen efectos terapéuticos, se alcance la dosis máxima del fármaco o los efectos secundarios sean intolerables. El tratamiento preventivo puede tardar entre 30 y 45 días en mostrar su eficacia. Como norma general, ha de mantenerse un mínimo de 3 meses y un máximo de 9-12 meses.



Fármacos preventivos:

- **Betabloqueantes:** propranolol, atenolol y metoprolol. Están indicados como primera elección en el tratamiento preventivo de pacientes con episodios de migraña sin y con aura, y son especialmente adecuados cuando se asocian síntomas de ansiedad o estrés, en pacientes hipertensos y en migrañosos que, además, presenten temblor esencial o hipertiroidismo. Están contraindicados en casos de insuficiencia cardíaca, bloqueo auriculoventricular (AV) de segundo o tercer grado y en broncopatías espásticas.
- **Neuromoduladores** (antiepilépticos): son los fármacos de elección para el tratamiento de la migraña con aura (nivel de evidencia I, grado de recomendación A). Topiramato y valproato son los dos fármacos neuromoduladores más útiles como preventivos de la migraña.
 - Topiramato: pertenece al grupo de recomendación de primer nivel. Sus efectos adversos pueden ser: pérdida de peso, parestesias distales, alteraciones visuales y problemas cognitivos. Otra opción es la zonisamida en única dosis nocturna.
 - Valproato sódico: los efectos adversos son frecuentes: náuseas/vómitos, mareo, ganancia de peso, temblor y alopecia, debiendo vigilar la función hepática (monitorización de transaminasas). Está contraindicado en pacientes con hepatopatía o trombocitopenia, en el embarazo. No debe utilizarse en mujeres en edad fértil.
- **Antidepresivos:** constituyen una segunda línea de tratamiento preventivo de la migraña. Su principal indicación es en aquellos pacientes con migraña y cefalea tensional o en los que coexisten depresión/ansiedad. El fármaco de elección es la amitriptilina (nivel de evidencia I, grado de recomendación A). En algunos casos pueden ser útiles los ISRS por su mejor tolerabilidad (sertralina, paroxetina).
- **Calcioantagonistas:** el más empleado y eficaz es la flunaricina. Los efectos adversos más frecuentes son: aumento de peso, somnolencia, depresión y raramente desarrollo de síndromes extrapiramidales.
- **AINE.**
- **Otros:**
 - Lisinopril y candesartán.
 - Riboflavina.



Tabla IV. Dosis recomendadas de diferentes fármacos preventivos

Fármaco	Mínima	Recomendada	Máxima	Indicaciones específicas
Propranolol	40 mg	60 mg	160 mg	Migraña sin aura pura Migraña + HTA Migraña y temblor Migraña y embarazo
Topiramato/ zonisamida	50 mg	100 mg	200 mg	Migraña con y sin aura Migraña y sobrepeso Migraña crónica
Amitriptilina	10 mg	25 mg	75 mg	Migraña + Cefalea tensional Migraña + Depresión Migraña + Insomnio
Flunarizina	2,5 mg	5 mg	10 mg	Migraña con y sin aura Niños y adolescentes Adultos delgados sin tendencia depresiva
Ácido valproico	300 mg	600 mg	1500 mg	Migraña con/sin aura refractaria Migraña + Epilepsia

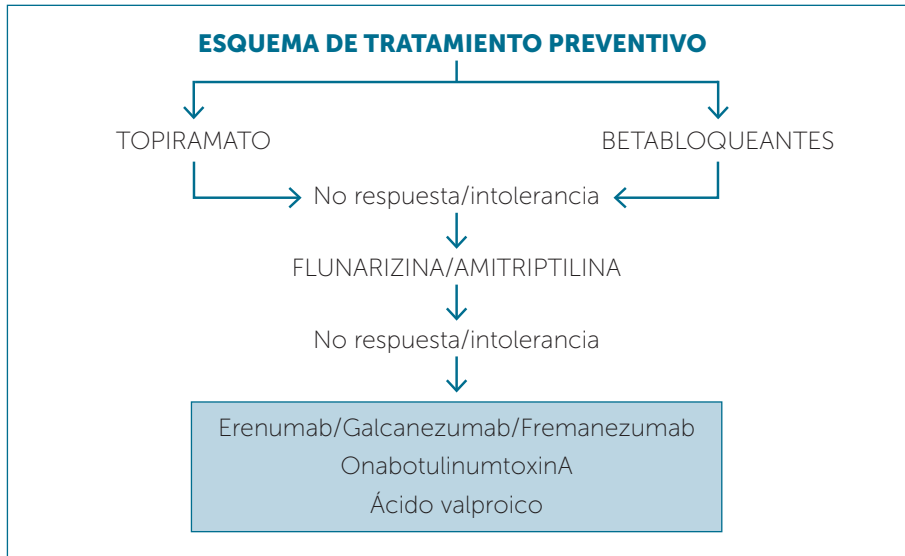
- **Anticuerpos monoclonales frente al CGRP:** fármacos utilizados en migraña episódica con al menos 4 crisis, financiados en pacientes con 8 o más días de migraña/mes y 3 o más fracasos de tratamientos previos utilizados a dosis suficientes durante al menos 3 meses.

Tabla V. Administración de anticuerpos monoclonales contra CGRP

Fármaco	Dosis	Vía administración	Intervalo dosis
Eptinezumab	100 o 300 mg	Intravenosa	Cada 3 meses
Erenumab	70 o 140 mg	Subcutánea	Mensual
Fremanezumab	225 mg	Subcutánea	Mensual
	675 mg	Subcutánea	Cada 3 meses
Galcanezumab	120 mg	Subcutánea	Mensual. Inicio con dosis de carga (240 mg)

- **Onabotulinumtoxina**, que ha demostrado su eficacia en la migraña crónica, podría considerarse en pacientes con migraña episódica de alta frecuencia que no toleren o no respondan adecuadamente a otros fármacos preventivos.

En la **Figura 2** se muestra el algoritmo del tratamiento preventivo de la migraña episódica.

Figura 2. Algoritmo del tratamiento preventivo

MIGRAÑA Y EPILEPSIA

RELACIÓN ENTRE CRISIS MIGRAÑOSAS Y CRISIS EPILÉPTICAS:

La Clasificación Internacional de Cefaleas (ICHD-3) reconoce tres entidades que relacionan cefalea/migraña y epilepsia, englobadas en los apartados 1.4 y 7.6:

1.4 Complicaciones de la migraña:

1.4.4 Crisis epiléptica desencadenada por ataque de migraña con aura.

7.6. Cefalea atribuida a ataque epiléptico:

7.6.1 Cefalea ictal:

- Pura.
- Seguida de otros síntomas críticos.

7.6.2 Cefalea postictal.

Los criterios diagnósticos se recogen en las **Tablas VI y VII**.

Tabla VI. Criterios diagnósticos de crisis epiléptica desencadenada por migraña con aura

- A. Una crisis que cumple los criterios diagnósticos para un tipo de crisis epiléptica, así como el criterio B
- B. Ocurre en un paciente que cumple criterios de migraña con aura de manera simultánea o en la hora posterior a una crisis de migraña con aura
- C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3

Tabla VII. Criterios diagnósticos de cefalea atribuida a crisis epiléptica

- A. Cualquier cefalea que reúne criterio C
- B. El paciente tiene o ha tenido recientemente una crisis epiléptica
- C. La causalidad queda demostrada por las dos:
 - a. La cefalea se desarrolla simultáneamente o inmediatamente después de la crisis
 - b. La cefalea se resuelve espontáneamente después que la crisis ha finalizado
- D. No hay mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3

Cefalea ictal epiléptica: cefalea que es causada y sucede durante una crisis parcial epiléptica, ipsilateral a la descarga y que remite inmediatamente o pronto después que la crisis ha terminado

- a. Cualquier cefalea que reúne criterios C
- b. El paciente presenta crisis epiléptica parcial
- c. La causalidad queda demostrada por:
 - i. La cefalea se desarrolla simultáneamente y con el comienzo de la crisis parcial
 - ii. Ambos o uno de:
 - 1. La cefalea es ipsilateral a la descarga ictal
 - 2. La cefalea mejora significativamente o remite inmediatamente después de que la crisis parcial ha terminado
- d. No hay mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3

Comentario: Puede ser pura o aislada, como única manifestación de la crisis epiléptica o seguirse de otros síntomas (motores, sensitivos o autonómicos).

Cefalea posictal: cefalea causada por una crisis epiléptica que se manifiesta dentro de las tres horas siguientes a la misma, de remisión espontánea dentro de un plazo de 72 horas después del final del ataque

- a. Cualquier cefalea que cumple el criterio C
- b. El paciente ha sufrido recientemente una crisis epiléptica parcial o generalizada
- c. La causalidad queda demostrada mediante los dos criterios siguientes:
 - i. La cefalea se manifiesta dentro de las tres horas posteriores al final de la crisis epiléptica
 - ii. La cefalea se resuelve dentro de las 72 horas posteriores al final de la crisis epiléptica
- d. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tabla VIII. Diferencias entre la epilepsia occipital y la migraña con aura visual

Tipo	Epilepsia occipital	Migraña con aura visual
Duración	Se desarrollan en segundos y duran 2-3 min	5-30 min (60 min)
Formas	Circulares y múltiples. Se ensanchan	Lineales, cristal roto, parpadeantes, en zigzag, fosfenos
Color	Coloreados	Acromáticos o blanco y negro
Localización	En la periferia de un hemicampo visual	Se expanden desde centro a periferia de un hemicampo visual (escotoma centelleante)
Evolución a ceguera	Raro	Raro
Movimientos al campo visual del lado opuesto	Característico	No
Hemisferio sintomático	Siempre el mismo	Puede cambiar de un episodio a otro
Periodicidad	Frecuente, hasta diaria y repetida	Espaciada
Desviación de los ojos	Exclusiva	No
Afectación de conciencia	Frecuente	Excepcional
Cefalea	Moderada fronto-orbitaria holo o hemicraneal	Intensa, pulsátil y de predominio hemicraneal
Vómitos	Improbable	Frecuente

Modificado del artículo de Panayiotopoulos.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

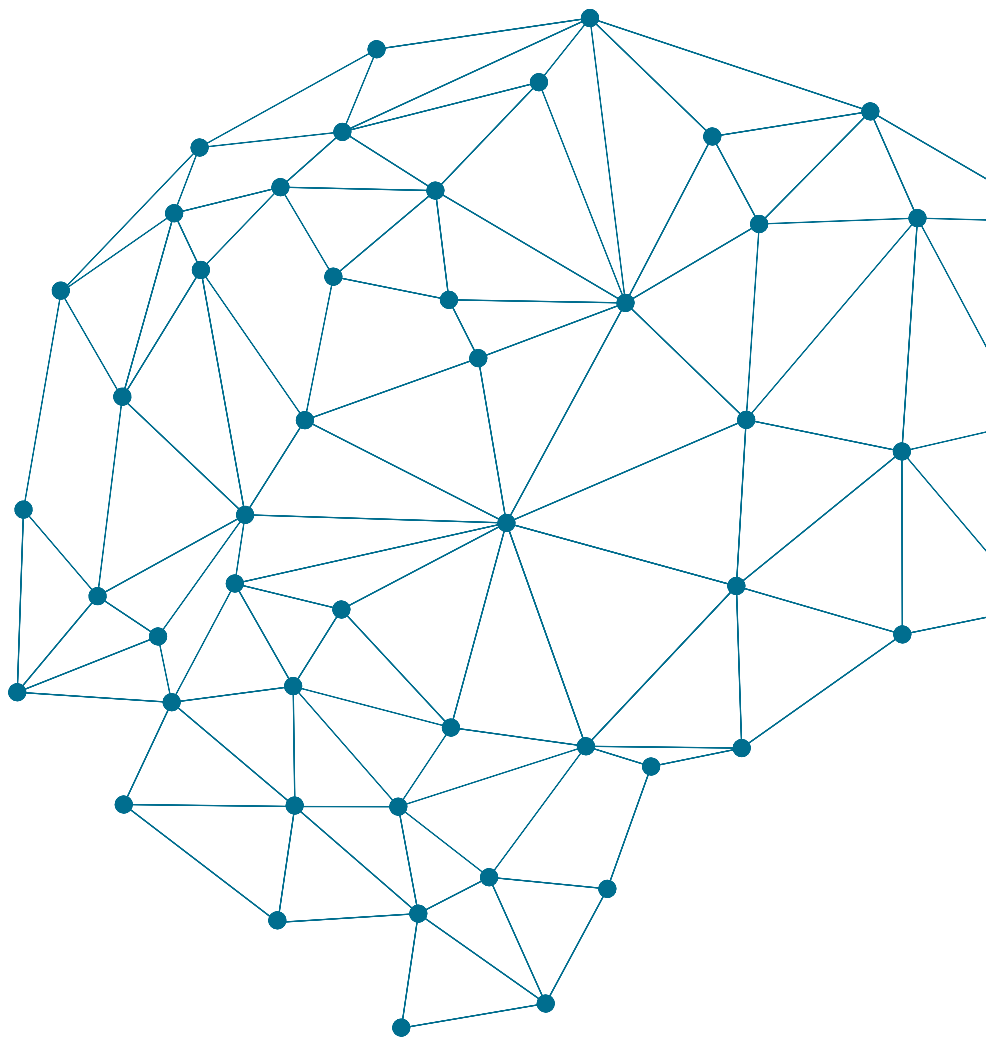
En la mayoría de las personas con migraña con o sin aura, el electroencefalograma (EEG) estándar es normal y no se solicita de rutina. En cefalea ictal el EEG pone de relieve actividades rítmicas de puntas, punta-onda y/o polipunta-onda o ritmos en rango theta de alto voltaje con ondas escarpadas intercaladas.



BIBLIOGRAFÍA

- Sempere J, Gallardo A, Heras JA. Migraña Episódica. En: González Oria C, Jurado C, Viguera J, editores. Guía oficial de Cefaleas 2019. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea; 2019. p 34-61.
- Ezpeleta D, Pozo Rosich P. Guías Diagnósticas y Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de la práctica Clínica en Cefaleas. Madrid: Luzán; 2015.
- The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). Cephalalgia 2018;38(1) 1-211.
- Loder E, Burch R, Rizzoli P. The 2012 AHS/AAN guidelines for prevention of episodic migraine: a summary and comparison with other recent clinical practice guidelines. Headache. 2012;52(6):930-45.
- Santos Lasaosa S, Cuadrado ML, Gago-Veiga AB, *et al.* Evidence of and experience with the use of onabotulinumtoxinA in trigeminal neuralgia and primary headaches other than chronic migraine. Neurología. 2017 Nov 20. pii: S0213- 4853(17)30319-5. doi:10.1016/j.nrl.2017.09.003.
- Tso AR, Goadsby PJ. Anti-CGRP Monoclonal Antibodies: the next era of migraine Prevention?. Curr Treat Options Neurol. 2017;19(8):27.
- Cañadillas F, Serrano P. Migraña y epilepsia. En: González Oria C, Jurado C, Viguera J, editores. Guía oficial de Cefaleas 2019. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid:Medea;2019. p. 238-55.
- Bianchin MM, Londero RG, Lima JE, Bigal ME. Migraine and epilepsy: a focus on overlapping clinical, pathophysiological, molecular, and therapeutic aspects. Curr Pain Headache Rep. 2010;14:276-283.
- Panayiotopoulos CP. Visual phenomena and headache in occipital epilepsy: a review, a systematic study and differentiation from migraine. Epileptic Disord. 1999;1(4):205-16.









MIGRAÑA CRÓNICA



Carmen M Jurado Cobo⁽¹⁾, Rosario Gil de Castro⁽²⁾, Lucía Forero Díaz⁽³⁾.

1. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

2. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz).

3. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

MIGRAÑA CRÓNICA

INTRODUCCIÓN

La migraña es una enfermedad crónica con manifestaciones episódicas, el diagnóstico es clínico. La migraña crónica (MC) se define como cefalea que, aparece durante 15 o más días al mes, durante más de 3 meses, de los cuales, al menos 8 días al mes, presenta características de cefalea migrañosa.

Tabla I. Migraña crónica. criterios diagnósticos (ICHD-3)

A. Cefalea (similar a la migraña o similar a cefalea tipo de tensión) en ≥ 15 días/mes durante >3 meses, y cumple los criterios B y C
B. Ocurre en un paciente que ha tenido al menos cinco ataques que cumplen los criterios B-D para 1.1 Migraña sin aura y/o criterios B y C para 1.2 Migraña con aura
C. En ≥ 8 días/mes durante >3 meses, cumpliendo cualquiera de los siguientes: 1. Criterios C y D de 1.1 Migraña sin aura 2. Criterios B y C de 1.2 Migraña con aura 3. El paciente "cree que es migraña de inicio" y que la crisis se alivia con un triptán o derivado de ergotamina
D. No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-3

EPIDEMIOLOGÍA

La MC es el tipo más común de cefalea crónica diaria. Predomina en mujeres y representa aproximadamente el 8 % de todos los casos de migraña. El 3 % de los pacientes con ME evoluciona anualmente a MC.

FACTORES DE RIESGO

Se han identificado numerosos factores de riesgo para la cronificación de la migraña. La actuación sobre los factores de riesgo modificables puede cambiar la evolución de la MC.



Tabla II. Factores de riesgo para la migraña crónica

No modificables	Modificables
• Sexo femenino • Edad avanzada • Etnia caucásica • Factores genéticos • Estatus socioeconómico bajo • Nivel educativo bajo • Alta frecuencia de episodios de cefalea • Antecedentes de lesiones en cabeza o cuello • Presencia de alodinia cutánea • Trastornos psiquiátricos • Otras patologías dolorosas comórbidas	• Ansiedad, depresión, estrés • Trastornos del ritmo del sueño, síndrome de apnea del sueño, roncopatía • Abuso de medicación (opiáceos), abuso de cafeína • Obesidad • Elevada frecuencia de crisis • Baja eficacia del tratamiento de la migraña aguda • Hipertensión intracraneal idiopática sin papiledema

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA MIGRAÑA CRÓNICA

En todos los pacientes en los que la historia clínica y la exploración nos haga sospechar una MC, se deben buscar las características “señales de alarma”, que aumentan la probabilidad de tener una cefalea secundaria, obligando a la realización de exploraciones complementarias.

Tabla III. Señales de alarma que harían sospechar una cefalea secundaria

- Hallazgos anormales en el examen neurológico
- Síntomas neurológicos focales no concordantes con los síntomas típicos de aura
- Síntomas sistémicos, como fiebre, escalofríos y pérdida de peso
- Rápido aumento en la frecuencia de dolor de cabeza
- Empeoramiento ortostático de los síntomas
- Empeoramiento de los síntomas con el esfuerzo
- Cefalea persistente *de novo*
- Cefalea en trueno: cefalea muy intensa que alcanza la intensidad máxima en <1 minuto
- Cefalea en un paciente con factores de riesgo predisponentes para una cefalea secundaria (como cáncer o estado de hipercoagulabilidad)
- Uso excesivo de medicamentos abortivos para el dolor de cabeza

La MC se debe diferenciar de las otras cefaleas crónicas primarias con un patrón similar y de más de 4 horas al día de duración, como son **cefalea diaria persistente *de novo*, hemicránea continua y cefalea tensional crónica**, tras haber descartado una cefalea secundaria.



TRATAMIENTO

El objetivo principal del tratamiento en los pacientes con MC es aliviar el dolor y la discapacidad, además de evitar el uso excesivo de medicamentos abortivos para la migraña. Para ello es preciso utilizar estrategias farmacológicas y no farmacológicas durante un tiempo generalmente prolongado. Es necesario informar adecuadamente del problema a los pacientes, apuntar cuáles pueden ser las posibilidades terapéuticas y evitar falsas expectativas de solución, (nivel de evidencia IV, grado de recomendación C).

Tratamiento sintomático: ver capítulo "Migraña episódica". Evitar el abuso de analgésicos. No usar fármacos como ergóticos, opioides o combinaciones de analgésicos.

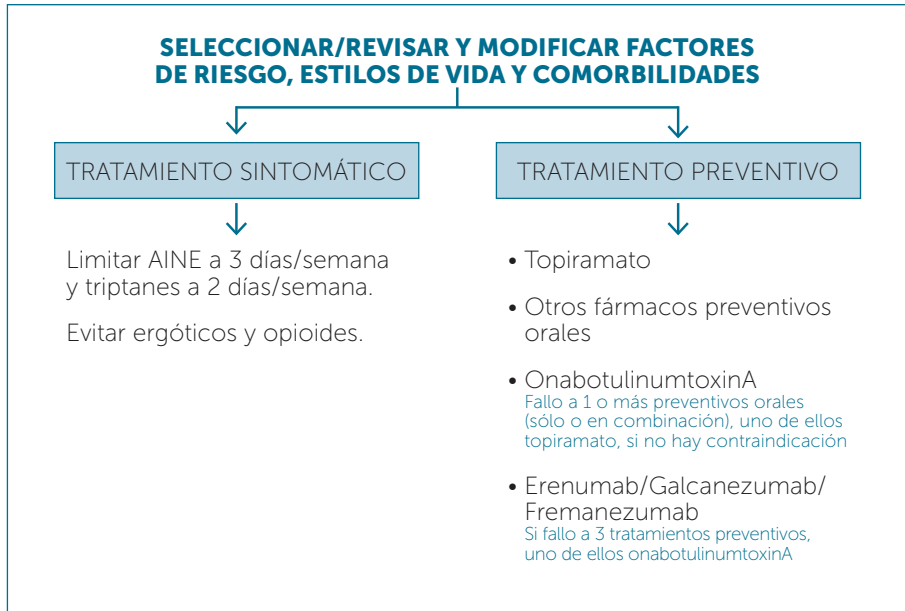
Tratamiento preventivo:

Medidas generales

La decisión de recomendar tratamiento preventivo estaría condicionada por:

- La frecuencia de ataques de migraña,
- El grado de discapacidad que provoca
- La frecuencia de uso de tratamientos de las crisis y la capacidad de respuesta a tales tratamientos,
- Las preferencias del paciente.



Figura 1. Tratamiento de la MC

TRATAMIENTO PREVENTIVO ORAL

El tratamiento preventivo se debe comenzar con monoterapia y a la dosis adecuada. Si la respuesta a la monoterapia no es suficiente se puede emplear una combinación de medicamentos. Si se usa terapia de combinación, se deben considerar medicamentos con diferentes mecanismos de acción.

TRATAMIENTO PREVENTIVO CON ONABOTULINUMTOXINA

La onabotulinumtoxinA ha demostrado eficacia para la profilaxis de la MC (**nivel de evidencia I, grado de recomendación A**). Los mejores resultados y mejor respuesta al tratamiento se obtienen cuando los pacientes tienen dolor unilateral, menos días de incapacidad al mes y cuando la cefalea es más leve al inicio del tratamiento con onabotulinumtoxinA.

Indicación

Iniciar este tratamiento en pacientes con intolerancia, contraindicación o falta de respuesta al menos a 2 fármacos preventivos (un β -bloqueante y topiramato u otro neuromodulador) que se habrán utilizado a las dosis recomendadas y durante al menos 3 meses (**nivel de evidencia IV, grado de recomendación GECSSEN**), se recomienda iniciar el tratamiento preventivo de manera precoz. La onabotulinumtoxinA se clasifica como **categoría C** en el tratamiento durante el **embarazo**.

Tabla IV. Tratamiento preventivo de la MC

Fármaco	Dosis	Nivel de evidencia y grado de recomendación	Observaciones
Topiramato	50-200 mg/día 100 mg/día (recomendada)	I A	
OnabotulinumtoxinA	155 U, en 31 puntos cada 3 o más meses (según respuesta)	I A	Pueden administrarse 40 U adicionales en los grupos musculares occipital, temporal y trapecio
Valproato sódico	500 mg/12 horas	II B	No usar en mujeres en edad fértil
Candesartán	16 mg/día	II B	
Levetiracetam	250-500 mg/12 horas	II B	
Propranolol	Dosis media 160 mg/día	II B	No ha demostrado eficacia y no se recomienda la combinación con topiramato en MC
Amitriptilina	25-50 mg/día	III B	
Pregabalina	75 o más mg/día	IV C	
Zonisamida	100-200 mg/día	IV C	
Flunarizina	5 mg/día	IV C	



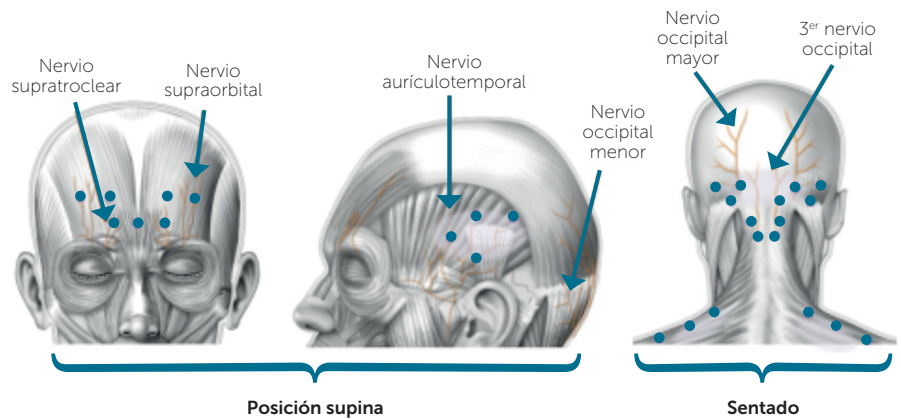
Procedimiento

La administración de la onabotulinumtoxina requiere una preparación previa, pues esta viene liofilizada en viales de 200 U, 100 U o de 50 U y se disuelve en solución estéril de cloruro sódico. Se ha de lograr una dilución de 5 U por cada 0,1 ml. Debe usarse una aguja de calibre 30 G. Se administra mediante infiltraciones en la musculatura pericraneal, en 31 puntos (total 155 U), pudiendo administrarse una dosis adicional de 40 U (2 puntos a nivel temporal, 2 puntos a nivel occipital y 4 puntos a nivel de trapecios), hasta una dosis máxima de 195 U.

Tabla V. Unidades de onabotulinumtoxina según el protocolo PREEMPT

Músculo	Unidades	Unidades adicionales
Corrugador	10 U (5 en cada lado)	
Prócer	5 U	
Frontal	20 U (10 en cada lado)	
Temporal	40 U (20 en cada lado)	10 U (5 en cada lado)
Occipital	30 U (15 en cada lado)	10 U (5 en cada lado)
Cervical paraespinal	20 U (10 en cada lado)	
Trapezio	30 U (15 en cada lado)	20 U (10 en cada lado)
	Unidades totales: 155 U	Unidades totales: 195 U

Figura 2. Paradigma de inyección de onabotulinumtoxina en la MC



BLOQUEOS ANESTÉSICOS

Bloqueo anestésico de nervios occipitales: ha demostrado ser eficaz el bloqueo con bupivacaína del nervio occipital durante 4 semanas consecutivas (**nivel de evidencia II, grado de recomendación B**). El bloqueo de GON bilateral no es superior a la aplicación unilateral.

Bloqueo anestésico del ganglio esfenopalatino: la instilación de un anestésico local mediante un dispositivo en el ganglio esfenopalatino podría disminuir la intensidad del dolor en pacientes con migraña crónica (**nivel de evidencia IV, grado de recomendación C**).

ANTICUERPOS MONOCLONALES

Los anticuerpos monoclonales (**MAbs**) dirigidos al péptido relacionado con el gen de la calcitonina (**CGRP**) o a su receptor, son las únicas terapias de las que disponemos en la actualidad específicamente diseñadas para la prevención de la migraña.

Estos MAbs han sido diseñados para unirse con una alta especificidad al CGRP o a su receptor y, por tanto, tienen una **interacción mínima con el sistema inmunitario**. Son cuatro, uno dirigido al receptor de CGRP (erenumab) y tres dirigidos al péptido CGRP (fremanezumab, eptinezumab y galcanezumab). Han demostrado un beneficio significativo en pacientes con ME y MC. Los Mabs frente al CGRP están indicados a partir de cuatro crisis de migraña mensuales.

Actualmente están disponibles erenumab, galcanezumab y fremanezumab, y la financiación por el Sistema Nacional de Salud en migraña crónica concretamente, se realiza si han fallado a tres tratamientos preventivos previos, siendo uno de ellos onabotulinumtoxinA en el caso de la MC.



Tabla VI. Anticuerpos monoclonales frente al CGRP

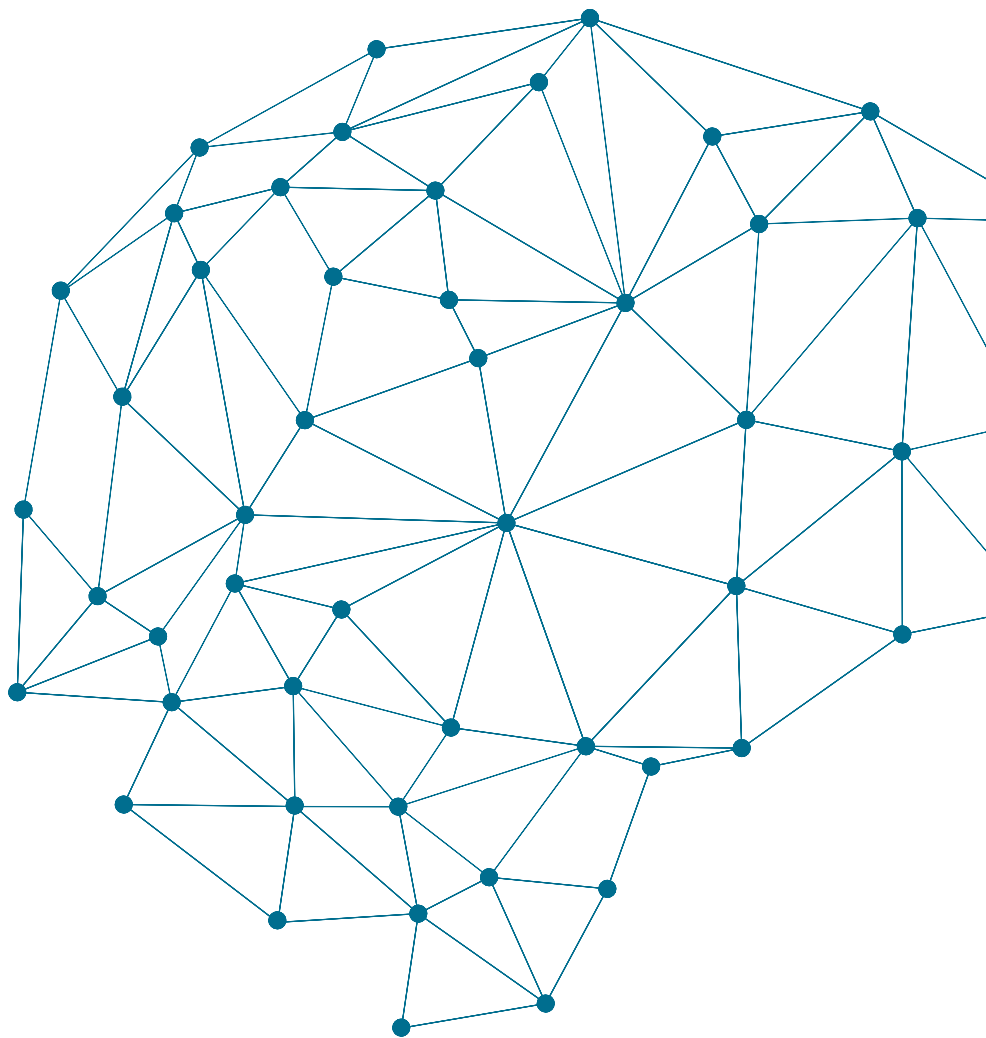
Nombre	PK	PD	Indica- ción	Posolo- gía	Ins. renal/ hepática	Interac- ciones	Reacciones adversas
ERENUMAB Aimovig®	Mensual subcutáneo (T _{max} 2-14 d)	Anti- receptor CGRP IgG2 humano	Profilaxis migraña adultos >4 días/ mes	70 mg o 140 mg al mes	No precisa ajuste	No conocidas	Reacción sitio de inyección Estreñimiento Espasmos musculares
FREMANEZUMAB Ajovi®	Mensual/ Trimestral subcutáneo (T _{max} 3-20 d)	Anti- CGRP IgG2 Humani- zado	Profilaxis migraña adultos >4 días/ mes	225mg al mes 675mg trimestral	No precisa ajuste	No conocidas	Reacción lugar de inyeccion
GALCANEZUMAB Emgality®	Mensual subcutáneo (T _{max} 7-14 d)	Anti- CGRP IgG4 Humani- zado	Profilaxis migraña adultos >4 días/ mes	Carga 240mg/ primer mes Manten- imiento 120 mg/ mes	No precisa ajuste	No conocidas	Reacción lugar de inyección Estreñimiento Prurito Urticaria
EPTINEZUMAB	Intravenoso trimestral (T _{max} 4,8 h)	Anti- CGRP IgG1 Humani- zado	No dispone	No dispone	No dispone	No dispone	No dispone

PD: farmacodinamia; **PK:** farmacocinética; **T_{max}:** pico de concentración máxima.

BIBLIOGRAFÍA

- Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38(1):1-211.
- Deneris A, Rosati Allen P, Hart Hayes E, *et al.* Migraines in Women: Current Evidence for Management of Episodic and Chronic Migraines. *J Midwifery Womens Health*. 2017;62(3):270-285.
- Jurado C, Gil R, Forero L. Migraña Crónica y Migraña Crónica refractaria. En: González Oria C, Jurado C, Viguera J, editores. *Guía oficial de Cefaleas 2019*. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea. p. 34-61.
- Lipton RB, Silberstein SD. Episodic and Chronic Migraine Headache: Breaking Down Barriers to Optimal Treatment and Prevention. *Headache*. 2015;55 Suppl 2:103-22; quiz 123-6.
- Pringsheim T, Davenport WJ, Marmura MJ, *et al.* How to apply the AHS evidence assessment of the acute treatment of migraine in adults to your patient with migraine. *Headache*. 2016;56(7):1194-1200.
- Guerrero AL, Díaz-Insa S, Lopez-Mesonero L, *et al.* Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. En: Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, editores. *Guía oficial de práctica clínica en cefaleas*. Madrid: Editorial Luzan 5; 2015. p. 89-104.
- Domínguez C, Pozo-Rosich P, Torres-Ferrús M, *et al.* OnabotulinumtoxinA in chronic migraine: predictors of response. A prospective multicentre descriptive study. *Eur J Neurol*. 2018;25(2):411-416.
- Gago-Veiga AB, Santos-Lasaosa S, *et al.* Evidence and experience with onabotulinumtoxinA in chronic migraine: Recommendations for daily clinical practice. *Neurología*. 2019;34(6):408-417.
- Dodick DW. CGRP ligand and receptor monoclonal antibodies for migraine prevention: Evidence review and clinical implications. *Cephalalgia*. 2019;39(3):445-458.
- Sacco S, Bendtsen L, Ashina M, *et al.* European headache federation guideline on the use of monoclonal antibodies acting on the calcitonin gene related peptide or its receptor for migraine prevention. *J Headache Pain*. 2019;16;20(1):6.









CEFALEA TENSIONAL



Raisa Pérez Esteban⁽¹⁾, M^a Dolores Jiménez Hernández⁽²⁾.

1. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

2. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

CEFALEA TENSIONAL

CLÍNICA

Es una cefalea de tipo opresivo que cumple los criterios diagnósticos de la ICH-3 (**Tabla I**). Hay que descartar signos de alarma que sugieran una cefalea secundaria. (Ver Tabla III, capítulo *Migraña crónica*).

Tabla I. Criterios diagnósticos de cefalea tensional

A. Al menos 10 episodios de cefalea que cumplen los criterios B-D
B. Duración de 30 minutos a 7 días
C. Al menos dos de las siguientes 4 características: 1. Localización bilateral 2. Calidad opresiva o de tirantez (no pulsátil) 3. Intensidad leve o moderada 4. No agravada por actividad física rutinaria como andar o subir escaleras
D. Ambos de los siguientes: 1. No náuseas ni vómitos 2. No concurrencia de fotofobia y fonofobia
E. No cumplir criterios diagnósticos de ICHD-3 de otra patología o estar mejor explicada por otra causa

Se debe investigar en la anamnesis sobre patología comórbida muy estrechamente relacionada, como la ansiedad generalizada, trastornos depresivos, del sueño, patología oromandibular y dolor miofascial generalizado, con el fin de tratarlas conjuntamente.

Se clasifican según su frecuencia en:

- **Infrecuente:** ocurren menos de un día al mes de media.
- **Frecuente:** ocurren entre 1 y 14 días al mes de media durante más de tres meses.
- **Crónica:** al menos 15 días o más al mes, durante más de tres meses de media.

EXÁMEN FÍSICO

Se deben de descartar signos que orienten a cefalea secundaria realizando una exploración neurológica completa, centrándonos en el fondo de ojo y la palpación craneal.



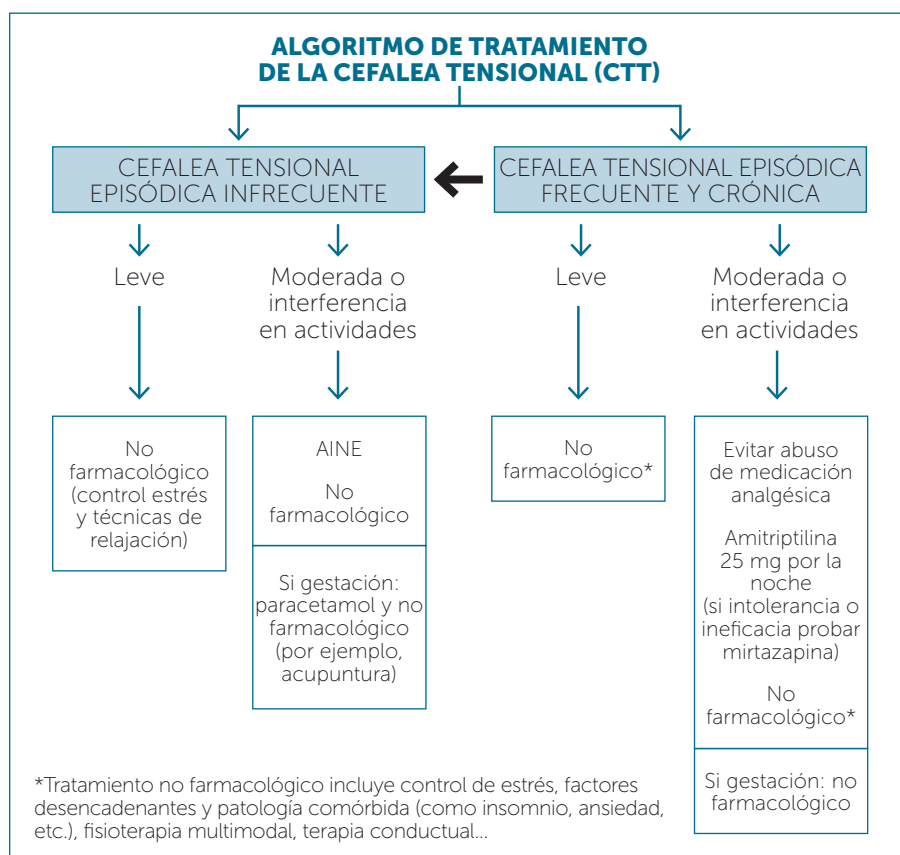
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

No son necesarios para el diagnóstico al ser este estrictamente clínico y no aporta ningún papel diagnóstico salvo el de descartar patología secundaria.

Solo se justifica para ello los estudios de neuroimagen craneal (muchas veces con fines terapéuticos secundarios), así como la velocidad de sedimentación globular o la proteína C reactiva (PCR) en el caso de cefalea en el anciano.

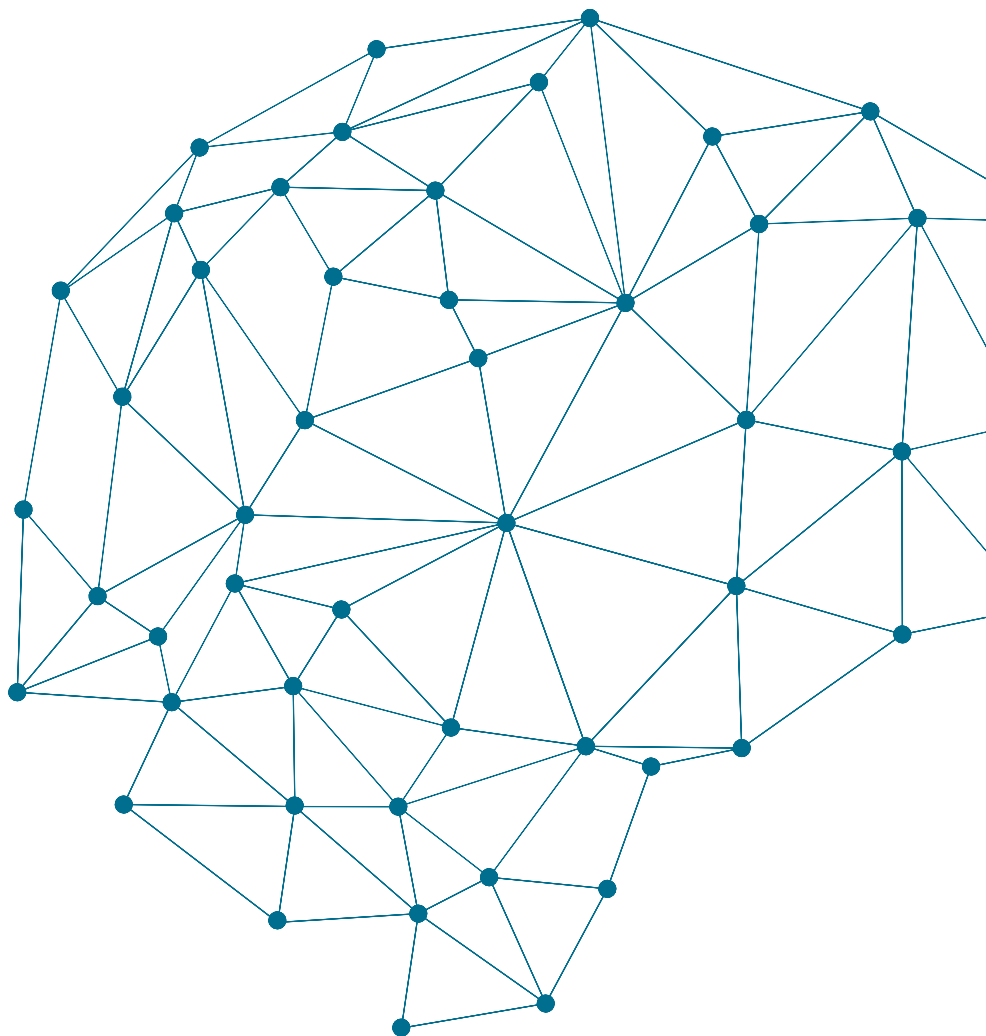
TRATAMIENTO

Figura 1. Tratamiento de la cefalea tensional



BIBLIOGRAFÍA:

- Pérez Esteban R, Sánchez Caballero FM, Jiménez Hernández MD. Cefalea tensional. En: González Oria C, Jurado C, Viguera J, editores. Guía oficial de Cefaleas 2019. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea; 2019. p 62-75.
- Fernández de la Peñas C, Cuadrado M, Pareja J. Myofascial trigger points, neck mobility, and forward head posture in episodic tension-type headache. *Headache* 2007;47(5):662-72.
- Probyn K, Bowers H, Caldwell F, *et al.*; CHES Team. Prognostic factors for chronic headache: a systematic review. *Neurology* 2017;89(3):291-301.
- Beghi E, Bussone G, D'Amico D, *et al.* Headache, anxiety and depressive disorders: the HA-DAS study. *J Headche Pain* 2010;11(2):141-150.
- Derry S, Wiffen P, Moore RA, *et al.* Ibuprofen for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(7): CD011474.
- Stephens G, Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(6):CD011889.
- Jackson JL, Shimeall W, Sessums L, *et al.* Tricyclic antidepressants and headache systematic review and metaanalysis. *BMJ.* 2010; 341:c5222.







CEFALEAS TRIGÉMINO- AUTONÓMICAS



Raquel Lamas Pérez⁽¹⁾, Carmen González Oria⁽¹⁾.

1. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

CEFALEAS TRIGÉMINO AUTONÓMICAS

Las cefaleas trigémino autonómicas (CTA) son un grupo de cefaleas primarias caracterizadas por dolor estrictamente unilateral de gran intensidad con manifestaciones autonómicas ipsilaterales. Forman parte de este grupo la cefalea en racimos, hemicránea paroxística, cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración y la hemicránea continua. Se diferencian en el número de crisis de dolor y duración de las mismas.

En todos los casos debe realizarse como parte del estudio una resonancia magnética (RM) craneal para descartar causas secundarias.

Tabla I. Diagnóstico diferencial de las cefaleas trigeminoautonómicas

Características	Cefalea en racimos	Hemicránea paroxística	SUNCT/SUNA	Hemicránea continua
Relación sexo (H:M)	3:1	1:1	1,5:1	1:2
Edad de inicio	20-50 años	30-40 años	35-65 años	40 años (5-72 años)
Tipo de dolor	Punzante/ pulsátil/ opresivo	Punzante/ pulsátil/ opresivo	Punzante/ pulsátil/ opresivo	Punzante continuo con exacerbaciones
Intensidad del dolor	Muy intenso	Muy intenso	Intenso	Moderado, con exacerbaciones
Distribución de máximo dolor	V1>C2>V2>V3	V1>C2>V2>V3	V1>C2>V2>V3	V1>C2>V2>V3
Ataques/día	1-8	1-40	1-100	Diario en 50 %
Duración de ataques	15-180 min	2-30 min	1-10 min	30 min - 3 días
Síntomas autonómicos	Prominentes e ipsilaterales	Prominentes e ipsilaterales	Prominentes e ipsilaterales	Presentes durante la exacerbación. Pueden ser bilaterales
Ritmo circadiano	Sí	No	No	No
Respuesta a O ₂	Sí	No	No	No
Respuesta a sumatriptan sc	Sí	Parcial	No	Parcial
Respuesta a indometacina	No	Sí	No	Sí

C: cervical; **sc:** subcutáneo; **SUNCT/SUNA:** síndrome de cefalea unilateral neuralgiforme y síntomas autonómicos craneales; **V:** trigeminal



CEFALEA EN RACIMOS

Diagnóstico

Se distingue la forma episódica con periodos libres de dolor de al menos tres meses y la forma crónica sin periodos de remisión de tres meses durante al menos un año.

Tabla II. Criterios diagnósticos de la cefalea en racimos

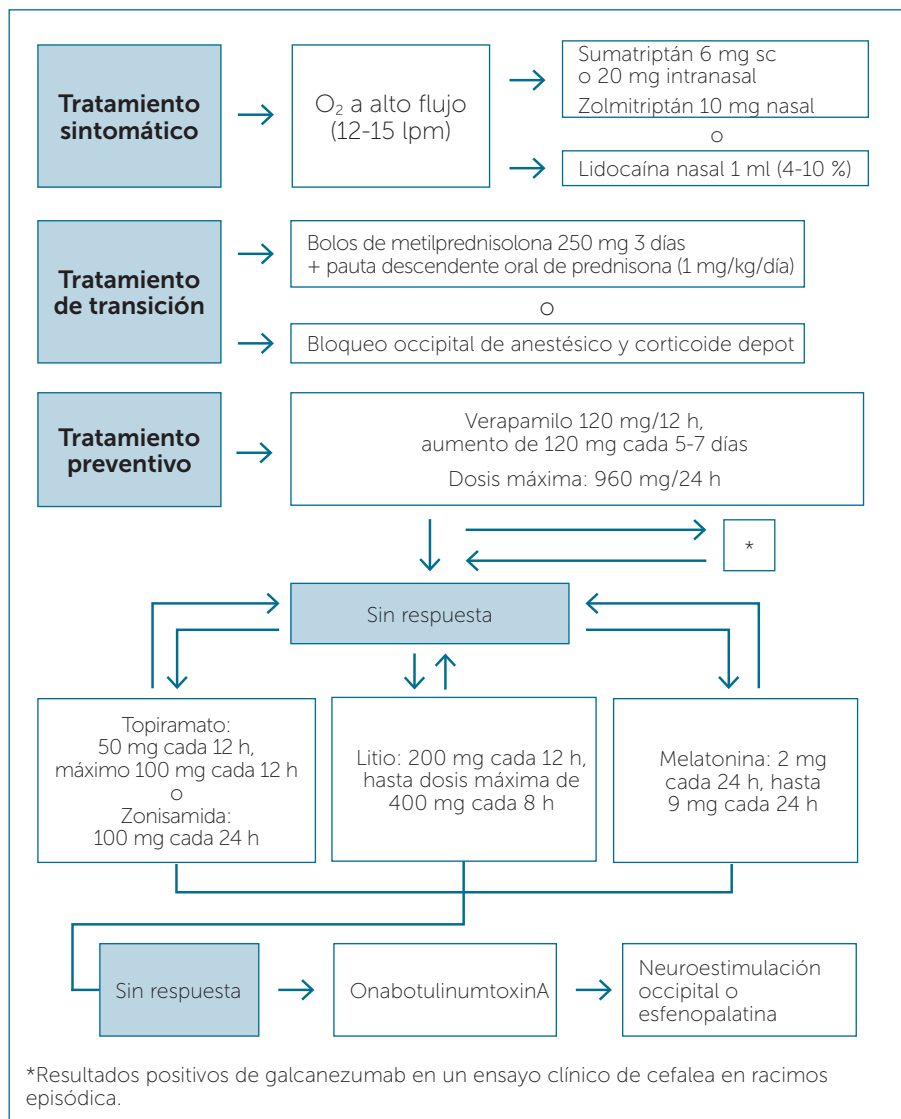
A. Al menos cinco ataques que cumplen los criterios B-D
B. Dolor unilateral de intensidad severa o muy grave en región orbitaria, supraorbitaria o temporal, con una duración de 15 a 180 minutos sin tratamiento
C. Uno o ambos de dos siguientes: 1. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, homolaterales a la cefalea: a) Inyección conjuntival y/o lagrimeo b) Congestión nasal y/o rinorrea c) Edema palpebral d) Sudoración frontal y facial e) Miosis y/o ptosis 2. Sensación de inquietud o agitación
D. La frecuencia de los ataques varía entre una vez cada dos días y ocho al día
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3

Tratamiento

En la forma episódica el tratamiento preventivo debe mantenerse hasta que el paciente lleve asintomático al menos 2 semanas y reanudarse en caso de recurrencia. En la forma crónica debe mantenerse indefinidamente.



Figura 1. Algoritmo de tratamiento de la cefalea en racimos



HEMICRÁNEA PAROXÍSTICA

Diagnóstico

Tabla III. Criterios diagnósticos de la cefalea hemicránea paroxística

A. Al menos 20 ataques que cumplen los criterios B-E
B. Dolor severo unilateral en región orbitaria, supraorbitaria o temporal, con una duración de 2 a 30 minutos
C. Uno o ambos de dos siguientes: 1. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, homolaterales a la cefalea: a) Inyección conjuntival y/o lagrimeo b) Congestión nasal y/o rinorrea c) Edema palpebral d) Sudoración frontal y facial e) Miosis y/o ptosis 2. Sensación de inquietud o agitación
D. Los ataques tienen una frecuencia por encima de cinco por día
E. Los episodios responden completamente a dosis terapéuticas de indometacina
F. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3

Tratamiento

La respuesta a indometacina es criterio obligado para el diagnóstico, para ello se realiza un indotest con indometacina oral a dosis de 150 mg, repartidos en 3 tomas. Una vez comprobada la eficacia, puede mantenerse de forma indefinida si los periodos sintomáticos son prolongados y/o frecuentes. Si son infrecuentes puede administrarse desde el principio hasta el final del periodo sintomático.

Tabla IV. Tratamiento de la hemicránea paroxística

Primera elección	Indometacina
Alternativas	AINE a dosis altas (ácido acetilsalicílico, naproxeno, diclofenaco) Inhibidores de la ciclooxigenasa 2 (COX-2) Calcioantagonistas (verapamilo, flunarizina y nicardipino) Otros (OnabotulinumtoxinA, bloqueos...)



CEFALEA NEURALGIFORME UNILATERAL DE CORTA DURACIÓN

Diagnóstico

Se distinguen dos subtipos: la cefalea neuralgiforme unilateral de corta duración con inyección conjuntival y lagrimeo (SUNCT) y la cefalea neuralgiforme unilateral de corta duración con síntomas autonómicos (SUNA). En este último caso puede aparecer inyección conjuntival, lagrimeo, pero no de forma conjunta. Además, se habla de forma episódica si existen al menos 2 episodios que duran entre una semana y un año, con un periodo de remisión entre ellos de al menos 3 meses; se conoce como forma crónica si este periodo es menor de 3 meses o inexistente.

Tabla V. Criterios diagnósticos de la cefalea neuralgiforme unilateral de corta duración

A. Al menos 20 ataques que cumplen los criterios B-E
B. Ataques de dolor unilateral, moderado o severo en región orbitaria, supraorbitaria, temporal y/u otra distribución trigeminal, de una duración comprendida entre 1 y 600 segundos en forma de punzadas únicas, una serie de punzadas o en un patrón de diente de sierra
C. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos autonómicos craneales, homolaterales al dolor: 1. Inyección conjuntival y lagrimeo 2. Congestión nasal o rinorrea 3. Edema palpebral 4. Sudoración frontal y facial 5. Miosis y/o ptosis
D. Los ataques se presentan al menos una vez al día
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3



Tratamiento

Es la CTA más refractaria al tratamiento.

Tabla VI. Tratamiento de la cefalea neuralgiforme de corta duración

Primera elección	Lamotrigina
Alternativas	Topiramato Gabapentina Pregabalina
Otras técnicas	Bloqueo anestésico de NOM + corticoide OnabotulinumtoxinA Neuroestimulación periférica y central Ablación por radiofrecuencia Descompresión microvascular

NOM: nervio occipital mayor.

HEMICRÁNEA CONTINUA

Diagnóstico

Se distingue la forma no remitente, cuando no existen periodos libres de síntomas durante al menos un año, y la variante cefalea hemicránea continua remitente, en la que existe al menos un día libre de dolor en el año previo.

Tabla VII. Criterios diagnósticos de la cefalea hemicránea continua

A. Cefalea unilateral que cumple los criterios B-E
B. Presenta más de 3 meses con exacerbaciones de intensidad moderada a severa
C. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos autonómicos craneales, ipsilaterales al dolor: 1. Inyección conjuntival y lagrimeo 2. Congestión nasal o rinorrea 3. Edema palpebral 4. Sudoración frontal y facial 5. Miosis y/o ptosis
D. Respuesta absoluta a indometacina
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3



Tratamiento

La respuesta absoluta a la indometacina es criterio obligatorio para establecer el diagnóstico. Para ello se realiza el indotest con la misma pauta que en la cefalea hemicránea paroxística.

Tabla VIII. Opciones de tratamiento en la cefalea hemicránea continua

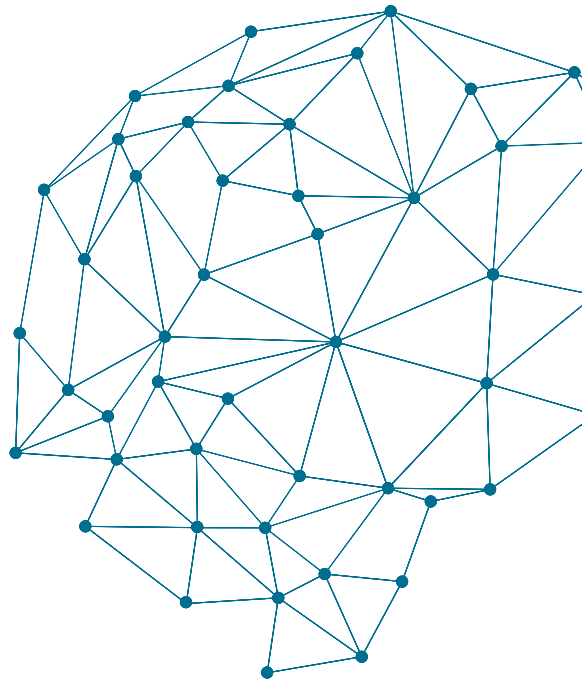
Primera elección	Indometacina
Alternativas	Inhibidores de la COX-2 Topiramato Melatonina
Otras técnicas	Bloqueos de nervios supraorbitario y NOM ipsilateral OnabotulinumtoxinA Estimulación del nervio occipital y del nervio vago Ablación por radiofrecuencia

NOM: nervio occipital mayor.



BIBLIOGRAFÍA

- González Oria C, Forero L, Rojo N. Cefaleas trigeminoautonómicas. En: González Oria C, Jurado C, Viguera J, editores. Guía oficial de Cefaleas 2019. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea; 2019. p. 76-103.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38(1):1-211.
- Pareja JA, Caminero AB, Iniasta JA, Ordás C, Santos Lasaosa S. Cefalea. Trigeminoautonómicas. En: Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, editores. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía Oficial de Práctica Clínica en cefaleas. Madrid: Editorial Luzán 5; 2015. p.131-51.
- May A, Leone M, Áfra J, *et al.* EFNS guidelines on the treatment of cluster headache and other trigeminal-autonomic cephalalgias. *Eur J Neurol.* 2006;13(10):1066-77.
- Santos Lasaosa S, Cuadrado ML, Gago-Veiga AB, *et al.* Evidence of and experience with the use of onabotulinumtoxinA in trigeminal neuralgia and primary headaches other than chronic migraine. *Neurología.* 2020;35(8):568-78.
- Miller S, Watkins L, Matharu M. Treatment of intractable chronic cluster headache by occipital nerve stimulation: a cohort of 51 patients. *Eur J Neurol.* 2017;24(2):381-90.
- Goadsby PJ, Dodick DW, Leone M, Bardos JN, Oakes TM, Millen BA, Zhou C, Dowsett SA, Aurora SK, Ahn AH, Yang JY, Conley RR, Martinez JM. Trial of Galcanezumab in Prevention of Episodic Cluster Headache. *N Engl J Med.* 2019 Jul 11;381(2):132-141. doi: 10.1056/NEJMoa1813440. PMID: 31291515.
- Prakash S, Patel P. Hemicrania continua: clinical review, diagnosis and management. *J Pain Res.* 2017;10:1493-509.





OTRAS CEFALEAS PRIMARIAS

Juan Diego Guerra Hiraldo⁽¹⁾, Javier Viguera Romero⁽¹⁾.

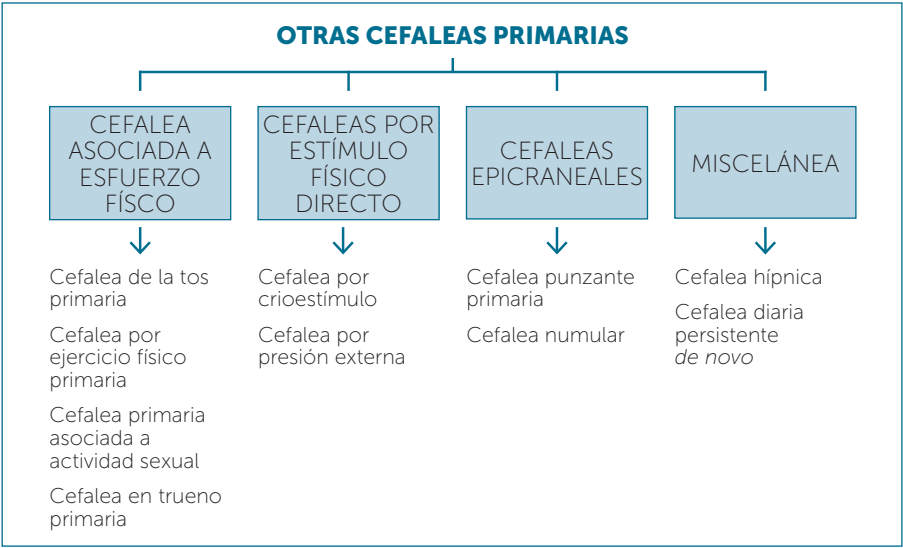
1. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

OTRAS CEFALÉAS PRIMARIAS

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se incluyen las cefaleas del grupo 4 de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (ICHD-3). Es un grupo con una clínica muy heterogénea y que clásicamente se ha dividido en 4 categorías.

Figura 1. Clasificación otras cefaleas primarias



Existen otras cefaleas con características similares a estas y que pueden ser sintomáticas (cefaleas secundarias) por lo que es necesario la realización de estudios complementarios en las cefaleas de este grupo.

CEFALEA DE LA TOS PRIMARIA

Diagnóstico

Las cefaleas de la tos primaria engloban toda cefalea desencadenada con la tos y/o con maniobras de Valsalva. Son más frecuentes a partir de los 45 años. Se caracterizan por un dolor generalmente bilateral de localización frontotemporal u occipital que puede ser desde opresivo hasta pulsátil y que dura de segundos hasta 2 horas. Se debe de excluir siempre una cefalea secundaria mediante resonancia magnética (RM) craneal con proyecciones sagitales.



Tabla I. Cefalea por la tos, cefalea por ejercicio, cefalea por actividad sexual: primaria vs. secundaria

Cefalea de la tos		Cefalea ejercicio físico/Cefalea actividad sexual	
Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria
Edad >50 años Cefalea de inicio reciente Desencadenada por la tos Dolor fuera área occipital Dolor dura segundos No otros síntomas/ signos Respuesta a indometacina	Edad <50 años Historia de cefalea >1 año Tos no es precipitante Dolor en área occipital Dolor dura más de 1 min Otros síntomas/ signos No respuesta a indometacina	Edad <40 años Más de 1 episodio Hombres Duración del dolor <24 h No otros síntomas/ signos	Edad >40 años Único episodio Mujeres Duración del dolor >24 h Otros síntomas/ signos

Adaptado de Alvarez R, et al.

Tabla II. Etiología de la cefalea tusígena secundaria

• Malformación de Arnold-Chiari tipo I • Depleción de volumen de LCR (cefalea por hipotensión del LCR) • Meningiomas de fosa posterior o fosa craneal media • Meduloblastoma • Pinealoma • Adenoma cromóforo • Quistes aracnoideos • Impresión basilar • Platibasia • Sinusitis esfenoidal • Hematoma subdural • Disección carotídea • Tumores cerebrales • Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible • Aneurismas cerebrales
--

LCR: líquido cefalorraquídeo.



Tratamiento

Al ser una cefalea de corta duración no es necesario el tratamiento sintomático. Se debe actuar sobre los factores desencadenantes (patología pulmonar, tratamiento con IECA, etc.). Está indicado el tratamiento preventivo, siendo la indometacina el fármaco de primera elección, que suele ser eficaz en el 75 % de los casos y a dosis variables entre 25 y 150 mg/día.

CEFALEA POR EJERCICIO PRIMARIA

Diagnóstico

Cefalea pulsátil uni o bilateral acompañada de náuseas, sonos y fotofobia que aparece durante o tras la realización de ejercicio físico intenso. Cede desde 5 minutos a 48 horas después de alcanzar el reposo (media 4 horas). Ante un primer episodio debe descartarse cefalea secundaria mediante pruebas de imagen (**Tablas I y III**). Si hay factores de riesgo cardiovascular se debe descartar cefalea cardíaca secundaria a síndrome cardíaco agudo.

Tabla III. Etiología de cefalea por ejercicio físico secundaria

- Hemorragia subaracnoidea
- Disección arterial
- Hipertensión intracraneal
- Hipotensión intracraneal espontánea
- Trombosis venosa cerebral
- Feocromocitoma
- Hemorragia centinela
- Malformaciones vasculares no rotas (aneurisma y malformación arteriovenosa)
- Lesiones ocupantes de espacio en fosa posterior (tumores, metástasis, etc.)
- Malformación de Arnold-Chiari
- Patología cervical discal
- Cefalea cardíaca

Tratamiento

Dado que se limita en el tiempo, en aquellos casos no invalidantes se aconseja disminuir y/o evitar el ejercicio físico. Puede probarse tomar indometacina antes del ejercicio para prevenir su aparición. Otras opciones sería tomar un analgésico, AINE (ibuprofeno) o un triptán. En un porcentaje bajo



de pacientes (13 %) es necesario tratamiento preventivo si es muy incapacitante, utilizándose propranolol 20-80 mg/día y si existe intolerancia y/o contraindicación, indometacina (50-150 mg/día). El tratamiento se debe de mantener entre 3 y 6 meses y con retirada posterior.

CEFALEA PRIMARIA ASOCIADA A LA ACTIVIDAD SEXUAL

Diagnóstico

Ocurre exclusivamente en relación a la actividad sexual. Suele ser bilateral y de cualidad pulsátil, opresiva o punzante. No suele acompañarse de signos autonómicos ni vegetativos. Habitualmente los pacientes presentan un dolor intenso con una duración media de 30 minutos (1 minuto a 24 horas). Siempre hay que descartar cefalea secundaria (**Tabla I**).

Tratamiento

Es fundamental informar y tranquilizar al paciente sobre las características benignas del proceso y su temporalidad. Durante los períodos sintomáticos se aconseja modificar los hábitos sexuales (actitud pasiva y abstinencia sexual en las 48 horas siguientes), mientras el cuadro remite o muestran su eficacia el tratamiento preventivo. Se puede usar como tratamiento sintomático indometacina o un triptán 30-60 minutos antes del acto. En caso de necesitar tratamiento preventivo los fármacos que han mostrado más eficacia son los betabloqueantes, principalmente propranolol, siendo una alternativa la indometacina (50-150 mg/día).

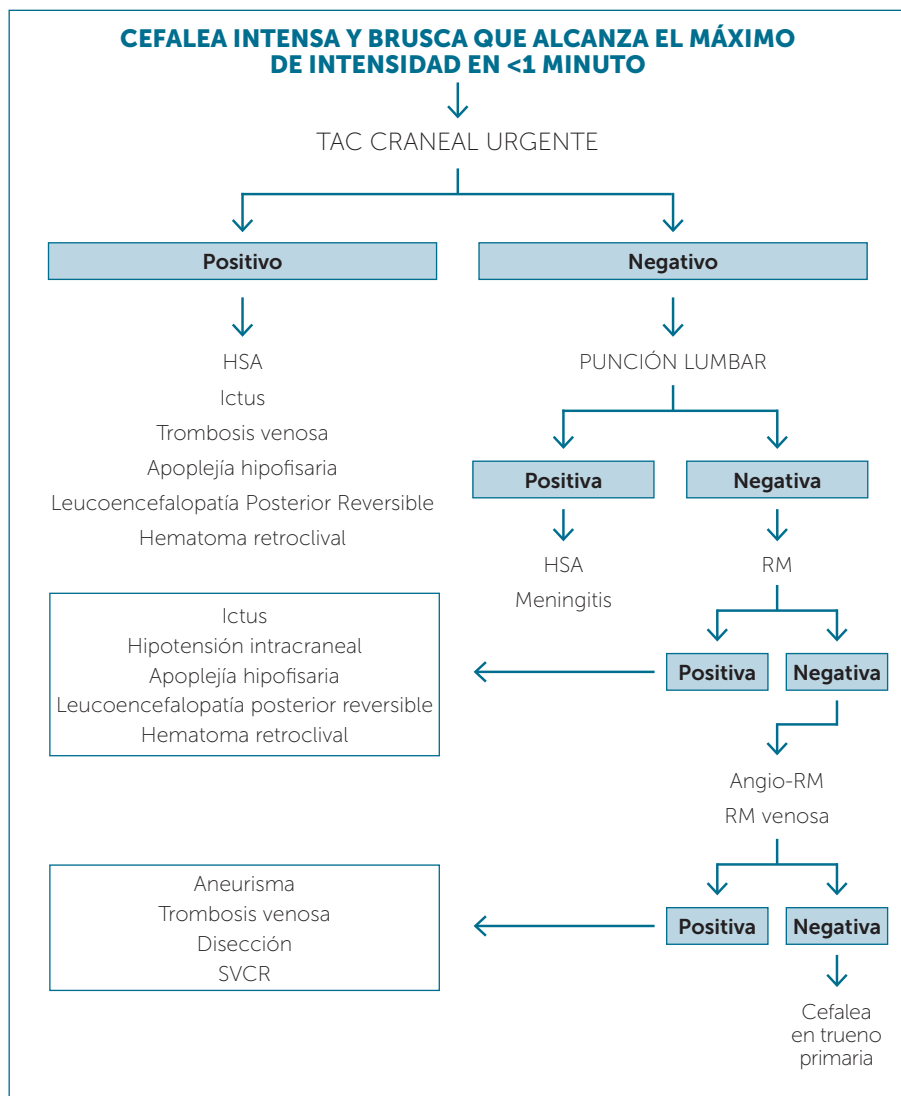
CEFALEA EN TRUENO PRIMARIA

Diagnóstico

Es una cefalea brusca e intensa similar a la de la hemorragia subaracnoidea (HSA), con una duración variable y que alcanza su máxima intensidad en menos de un minuto, pudiendo acompañarse de náuseas, foto y sonofobia. Hay que excluir activamente HSA mediante TAC → punción lumbar → RM/angio-RM.



Figura 2. Evaluación de cefalea en trueno



Tratamiento

Existe una respuesta limitada a analgésicos y se evitan ergotamínicos y triptanes, ocasionalmente se utilizan corticoides o nimodipino, que se usa empíricamente para prevenir recurrencias en los 3 meses siguientes.

CEFALEA POR CRIOSTÍMULO

Diagnóstico

Dos o más episodios de cefalea desencadenados exclusivamente tras la aplicación de un estímulo frío externo en la cabeza o tras la ingestión/inhalación de productos fríos. Suele ser de característica opresiva o pulsátil, de localización frontotemporal y de corta duración (10-30 minutos).

Tratamiento

Habitualmente no precisa tratamiento y rara vez los pacientes consultan por este motivo.

CEFALEA POR PRESIÓN EXTERNA

Diagnóstico

Es aquella cefalea provocada por el efecto de una tracción o compresión externa prolongada en el tiempo sobre la piel craneal. El dolor cede en los primeros 60 minutos tras el cese del estímulo.

Tratamiento

Modificar los factores externos responsables del cuadro (cascos, coleta...).



CEFALEA PUNZANTE PRIMARIA

Diagnóstico

Ataques paroxísticos de dolor de inicio brusco, en forma de punzadas de muy breve duración (segundos), localizadas en cualquier zona del cráneo y que se presentan espontáneamente en ausencia de patología subyacente. Las punzadas presentan una distribución cronológica irregular. No presenta síntomas autonómicos acompañantes. Puede coexistir con otra cefalea primaria.

Tratamiento

El control de la cefalea concomitante mejora la cefalea punzante primaria. Se considera como una cefalea sensible a indometacina, la dosis recomendada varía entre 25 y 150 mg diarios durante al menos dos semanas. Otros fármacos alternativos que han demostrado ser efectivos en pequeñas series incluyen inhibidores de la COX-2, melatonina, gabapentina, amitriptilina y onabotulinumtoxinA .

CEFALEA NUMULAR

Diagnóstico

Cefalea superficial de localización parietal circunscrita a un área circular de pequeñas dimensiones (1-6 cm de diámetro). Hay que descartar enfermedad dermatológica y reumatológica, así como realizar pruebas de imagen para descartar cefalea secundaria a alteraciones estructurales.

Tratamiento

En pacientes con dolor leve pudiesen ser útiles los AINE o analgésicos como el paracetamol. En aquellos casos con dolor severo, la gabapentina parece ser la medicación oral más efectiva, en dosis de 600 y 1200 mg. Como alternativa, debe considerarse la infiltración con onabotulinumtoxinA 10 a 25 unidades distribuidas por la periferia y el centro del área de dolor.



CEFALEA HÍPNICA

Diagnóstico

Cefalea recurrente (>10 ataques al mes) y crónica (> 3 meses) de fenotipo variable. Con características tensionales o crónicas. Suele ser bilateral. Ocurre siempre durante el sueño, despertando al paciente. Su duración va desde los 15 minutos hasta las 4 horas. No se acompaña de síntomas autonómicos ni inquietud. No se ha descrito relación con la apnea del sueño. Se ha descartar mediante pruebas de imagen alguna causa de cefalea secundaria.

Tratamiento

Lo más beneficioso en la fase aguda es la cafeína, en forma de café o mediante preparados que la contienen (40-60 mg o 1-2 tazas de café). Un bajo porcentaje de pacientes mejoran con AINE y/o triptanes. Como tratamientos preventivos se utiliza cafeína antes de acostarse, litio (150-900 mg día), indometacina (dosis nocturna y/o 25-150 mg/día).

CEFALEA DIARIA PERSISTENTE *DE NOVO*

Diagnóstico

Es una cefalea diaria tensional o migrañosa de más de 3 meses de duración que se caracteriza por un inicio agudo, el paciente recuerda perfectamente el día que inició el cuadro. Suele ser refractaria a tratamiento. La presencia previa de otro tipo de migrañas no excluye el diagnóstico, con excepción de la hemi-cránea continua.

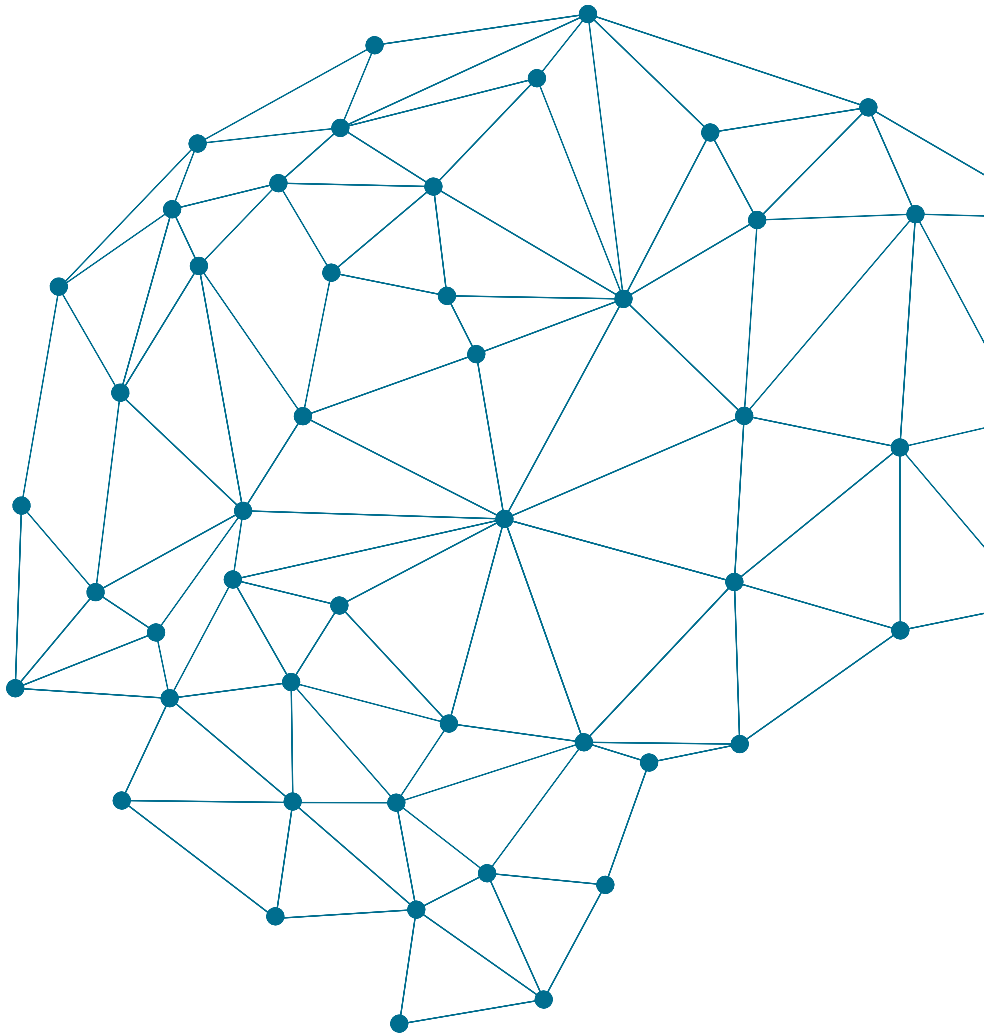
Tratamiento

No existe un tratamiento específico para esta entidad, se considera tratar los posibles factores precipitantes si existen.



BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez R, Ramón C, Pascual J. Clues in the differential diagnosis of primary vs secondary cough, exercise, and sexual headaches. *Headache*. 2014;54(9):1560-2.
- Cutrer FM, DeLange J. Cough, exercise, and sex headaches. *Neurol Clin*. 2014;32(2):433-50.
- Halker RB, Vargas BB. Primary exertional headache: updates in the literature. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17(6):337
- Schwedt TJ, Matharu MS, Dodick DW. Thunderclap headache. *Lancet Neurol*. 2006;5(7):621-31.
- Viguera Romero J, Peinado Cantero L, Girón Úbeda J. Otras cefaleas primarias. En: González Oria C, Jurado C, Viguera J, editores. *Guía oficial de Cefaleas 2019*. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea; 2019. p. 104-133.







CEFALEAS SECUNDARIAS

CEFALEA ATRIBUIDA A ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES.
CEFALEA ATRIBUIDA A HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA (HTII).
CEFALEA ATRIBUIDA A HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL.
CEFALEA POR USO EXCESIVO DE MEDICACIÓN SINTOMÁTICA.



María Fernández Recio⁽¹⁾, Carmen García López⁽¹⁾, Rosario Gil de Castro⁽²⁾.

1. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

2. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz).

CEFALEAS SECUNDARIAS

INTRODUCCIÓN

Las cefaleas secundarias son aquellas en las que se ha diagnosticado otro trastorno causante y la cefalea se ha desarrollado en relación temporal con el mismo, o bien la cefalea ha empeorado o mejorado de forma significativa y simultánea a dicha causa. Por su interés en el manejo clínico se tratará en este manual **la arteritis de células gigantes** (incluida en el epígrafe de la ICHD-3: “Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical”), **cefaleas atribuidas a hipertensión e hipotensión del líquido cefalorraquídeo** (estas últimas incluidas en el epígrafe “Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical”) y la **cefalea por uso excesivo de medicación sintomática** (incluida en el epígrafe “Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical”).

CEFALEA ATRIBUIDA A ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Se trata de una vasculitis inflamatoria sistémica (la más frecuente en ancianos, incidencia máxima entre los 70-80 años) que afecta a arterias de mediano y gran calibre. La histología se caracteriza por una panarteritis granulomatosa no necrotizante. En la **Tabla I** se describen sus características y la **Figura 1** se describe su manejo.

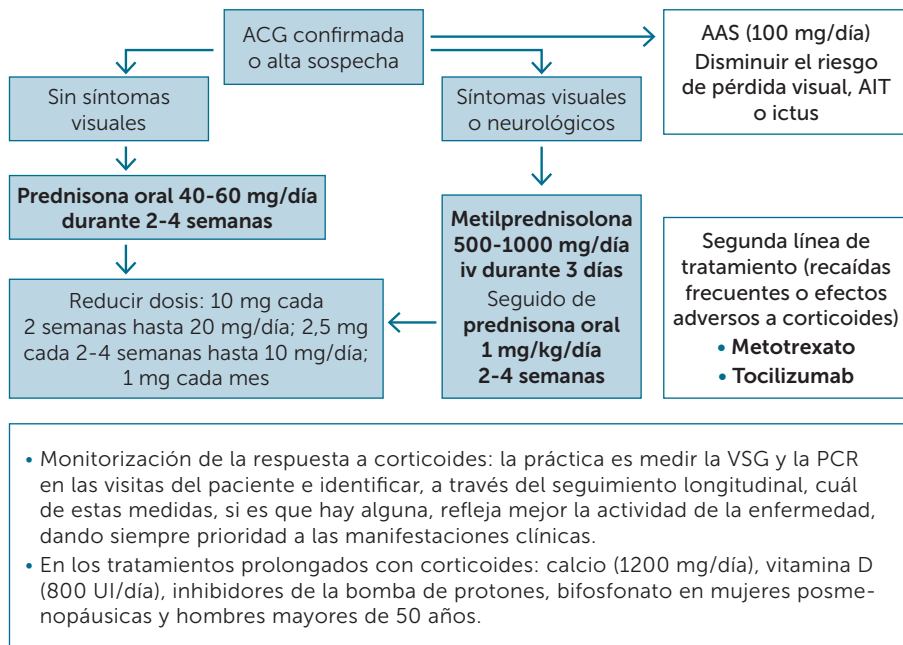
Tabla I. Características de la cefalea atribuida a arteritis de células gigantes

Síntomas	Exploración
Cefalea: nueva o cambio de cefalea habitual en > 50 años. Aguda o subaguda. Cualquier localización sin características específicas. Puede asociar hipersensibilidad del cuero cabelludo	• Febrícula/fiebre • Arteria temporal: induración, eritema, pulso asimétrico • Fondo de ojo: normal o signos compatibles con neuritis óptica anterior
Neurooftalmológicos: amaurosis fúgax uni o bilateral, neuropatía óptica anterior	
Síntomas sistémicos: fiebre, astenia, pérdida de peso, polimialgia reumática	
Complicaciones neurológicas: AIT, ictus, síntomas neuropsiquiátricos, neuropatía craneal, mono/polineuropatía	
	Pruebas complementarias
	• Analítica: VSG > 50 mm/h (normalmente >85 mm/h) y PCR elevada: 10-15 % de falsos negativos. Anemia normocrómica, trombocitosis y elevación de enzimas hepáticas • <i>Gold standard</i> diagnóstico: biopsia parcheada de la arteria temporal (10-15 % negativas) • <i>Doppler</i> TSA/TC: halos hipoeoicos (engrosamiento por edema de la pared arterial) en arteria temporal o en otras ramas de la carótida externa • TC/angio-TC: estenosis vasculares y dilatación. • RM/angio-RM: edema, engrosamiento de la pared y/o realce

AIT: accidente isquémico transitorio; **RM:** resonancia magnética; **TC:** tomografía computarizada; **TSA:** troncos supraaórticos.



Figura 1. Esquema del tratamiento de la arteritis de células gigantes



AAS: ácido acetilsalicílico; **ACG:** arteritis de células gigantes; **AIT:** accidente isquémico transitorio.

CEFALEA ATRIBUIDA A HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA (HTII)

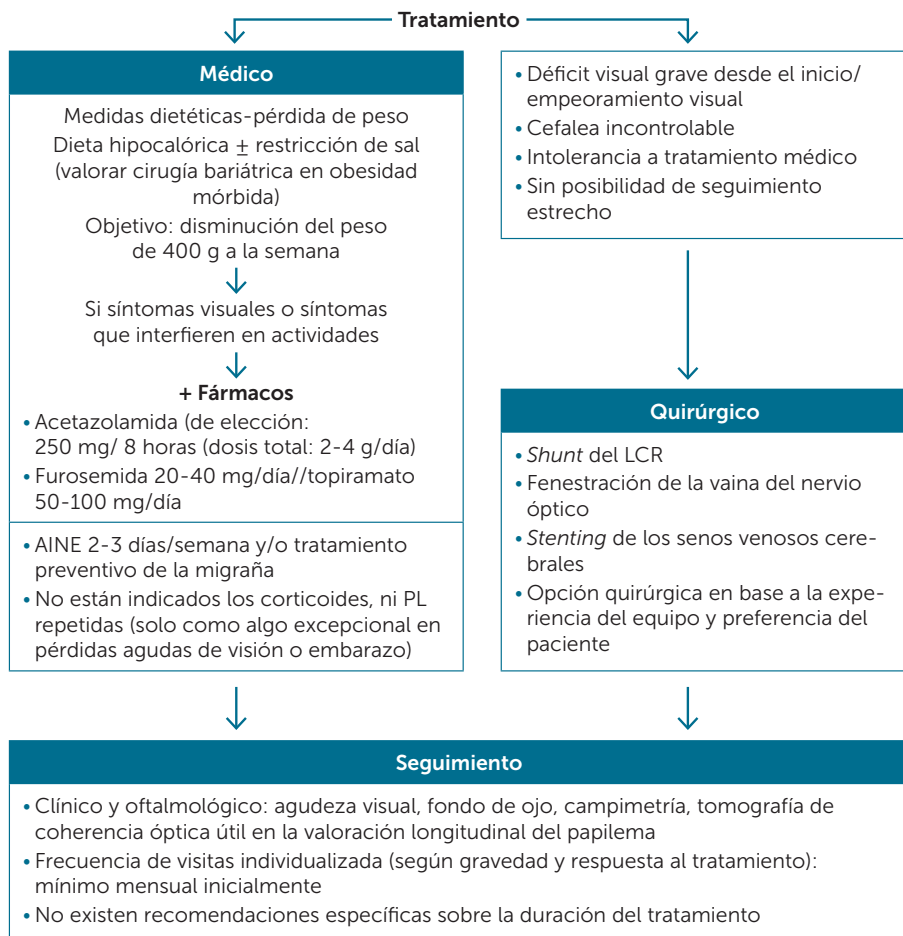
Las características y el tratamiento de esta entidad se resumen en la **Tabla II** y **Figura 2**. La hipertensión intracraneal también puede ser secundaria a trastornos metabólicos, tóxicos, hormonales, cromosómicos o a hidrocefalia.

Tabla II. Características de la HTII

Epidemiología	Descipción	
Incidencia	1-3/100 000 anual (mujeres obesas de 15-40 años: 4-21/100 000 anual). Mujeres 8:1	
Comorbilidad	Obesidad, especialmente contexto de aumento de peso reciente	
Síntomas	• Cefalea: síntoma más frecuente. Subaguda. Cualquier localización y cualidad. Intermitente o persistente. Puede empeorar con Valsalva/ cambios posturales, acompañarse de mareos, náuseas, vómitos, rigidez de nuca, dolor y parestesias de distribución radicular • Visuales: Oscurecimientos transitorios, uni o binoculares, de segundos de duración, en relación con cambios posturales. Fotopsias, distorsiones de las imágenes, escotomas. A veces, curso fulminante con pérdida visión aguda • Diplopia: VI par uni o bilateral. Afectación de otros pares craneales • Auditivos: <i>Tinnitus</i> ("como agua/viento") pulsátil • Cognitivos: deficit de concetración y memoria	
Exploración	• Papiledema: puede ser asimétrico, unilateral, incluso ausente • Pérdida de agudeza visual gradual • Aumento de mancha ciega, defectos campimétricos periféricos, nasales inferiores	
Diagnóstico	HTII con papiledema	HTII sin papiledema
	Diagnóstico definitivo si cumple A-E: A. Papiledema B. Exploración neurológica normal excepto parálisis del VI par craneal C. Neuroimagen: RM + angio RM (o TC con contraste) normal D. Composición de LCR normal E. PL con presión de apertura elevada (≥ 25 cm de H₂O/28 cm de H₂O en niños obesos) (decúbito, paciente relajado) Diagnóstico probable si cumple de A-D, pero la presión es inferior a 25 cm de H₂O	Diagnóstico definitivo: cumple criterios B-E y existe paresia VI par uni o bilateral Dignóstico probable: cumple criterios B-E sin paresia del VI par craneal y ≥ 3 de estos signos en neuroimagen: • Silla turca vacía • Aplanamiento del polo posterior del globo ocular • Distensión del espacio subaracnoideo peri-nervio óptico, con o sin tortuosidad del nervio óptico • Estenosis del seno venoso transverso

HTII: hipertensión intracraneal idiopática; **LCR:** líquido cefalorraquídeo; **PL:** punción lumbar; **RM:** resonancia magnética; **TC:** tomografía computarizada.



Figura 2. Manejo de la hipertensión intracraneal idiopática

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; **HTII:** hipertensión intracraneal idiopática; **LCR:** líquido cefalorraquídeo; **PL:** punción lumbar.

CEFALEA ATRIBUIDA A HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL

El síndrome de hipotensión intracraneal es infrecuente (incidencia 2-5 casos/100 000 habitantes año). Tiene una mayor prevalencia entre los 30-50 años y el sexo femenino. La clínica dominante es la cefalea ortostática (empeora al incorporarse y mejora al adoptar el decúbito), de inicio gradual o en trueno, cualidad sorda/continua y localización variable. Puede acompañarse de otros síntomas o signos clínicos: náuseas, vómitos, fotofobia, hipoacusia, tinnitus, vértigo, fiebre, disfunción de pares craneales (diplopía, hipoestesia, debilidad facial), defecto campimétrico, dolor interescapular, cervical posterior o radiculopatía. Es resistente a analgésicos.

Se describen los subtipos, diagnóstico y tratamiento en la **Tabla III**.

Tabla III. Subtipos de cefalea atribuida a hipotensión intracraneal. Diagnóstico y tratamiento

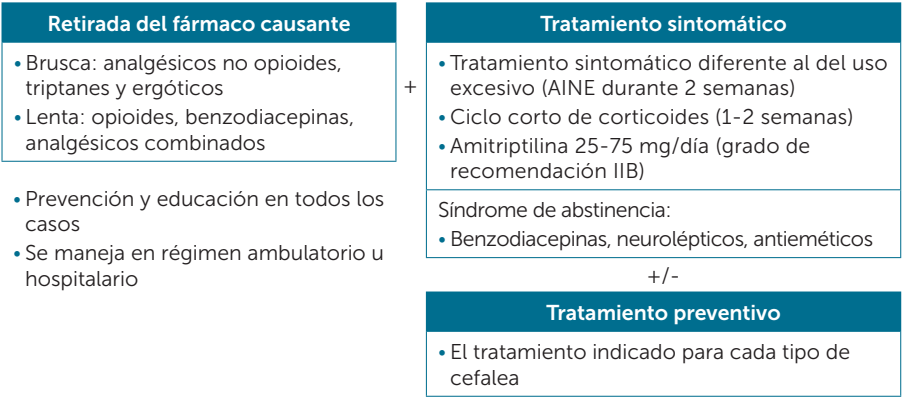
Subtipos	Diagnóstico	Tratamiento
Pospunción lumbar • Aparece en los 5 días siguientes a una PL (90 % a las 48 h) • Empeora/mejora en segundos/minutos en relación al ortostatismo • Factores de riesgo: mujer, 30-50 años, cefalea previa, alto calibre de la aguja e inserción del bisel perpendicular al eje longitudinal espinal • Factores no relacionados: cantidad de líquido extraído, posición durante o después de la PL, aporte de fluido	La cefalea se desarrolla en relación temporal con la hipotensión/fuga del LCR, o conduce a su diagnóstico, y se objetiva hipotensión del LCR (<60 mm de H₂O) y/o se demuestra fuga de LCR en neuroimagen La punción lumbar podrá evitarse si hay sospecha clínica elevada y signos compatibles en imagen: • RM cráneo-espinal con gadolinio: hipercaptación paquimeningea de contraste, dilatación de senos venosos; descenso de amígdalas cerebelosas, obliteración de cisternas, aplanamiento del quiasma, aumento de la hipófisis, colecciones subdurales, líquido extradural espinal, colecciones epidurales espinales, divertículos englobando raíces o prominencia de plexos venosos • Si no se localiza la fuga y no responden al tratamiento: mielografía -TC/RM	Cefalea reciente de leve a moderada ↓ - Reposo absoluto + analgesia - Hidratación intravenosa - Cafeína oral: 200-300 mg cada 8-12 horas
Fístula de LCR • Tras intervención o traumatismo • Empeora/mejora en segundos/horas en relación con el ortostatismo		Cefalea prolongada (>2 semanas) o grave y/o compromiso del SNC ↓ - Parche de sangre autóloga epidural: 10-20 cc (0,5 ml/segundo). Eficaz en la cefalea postpunción y por hipotensión del LCR espontánea - Infusión salina intratecal (temporal en casos urgentes) - Cirugía: casos sin respuesta a medidas conservadoras y demostración de la fuga
Hipotensión intracraneal espontánea • La mayoría en canal espinal torácico o torácico-cervical • Favorecida por: esfuerzos, descensos bruscos de la presión atmosférica o enfermedades del tejido conectivo		

LCR: líquido cefalorraquídeo; **PL:** punción lumbar; **RM:** resonancia magnética; **TC:** tomografía computarizada.

CEFALEA POR USO EXCESIVO DE MEDICACIÓN SINTOMÁTICA

Es una entidad frecuente que consiste en empeoramiento de una cefalea o desarrollo de un nuevo tipo de cefalea en pacientes con cefalea preexistente (60-80 % casos de migraña), por el uso en exceso de medicación sintomática. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. La base del tratamiento es la retirada del fármaco causal, aunque no existe consenso de cómo hacerlo (**Figura 3**).

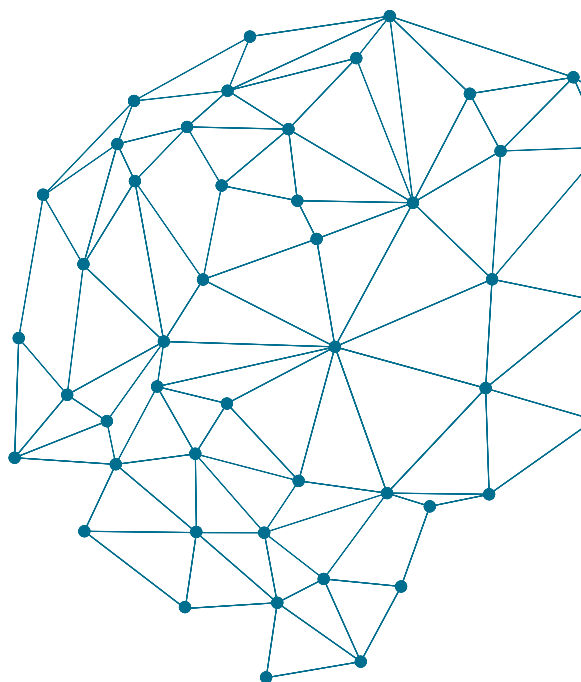
Figura 3. Esquema de tratamiento de la cefalea por uso excesivo de medicación sintomática



AINE: antiinflamatorio no esteroideo.

BIBLIOGRAFÍA

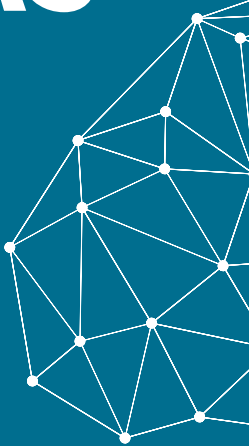
- Fernández Recio M, Gil de Castro R, Urbaneja Romero P. Cefaleas secundarias (I). González Oria C, Jurado Cobo MC, Viguera Romero J, editores. En: Guía oficial de cefaleas 2019. Grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Madrid: Medea; 2019. p.134-65.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
- Viguera Romero J, Delgado Gil V, Fernández Recio M, Gómez Gallego M, Jiménez Hernández MD. Esquema terapéutico en urgencias de las cefaleas secundarias. En: Macaya A, Pozo P ed. Guía práctica diagnóstico terapéutica de la cefalea del adulto y el niño en urgencias. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2016. Madrid: Luzán 5; 2016.p.57-66.
- Leira Muiño R, Domínguez Vivero C, Gómez Gallego M, Garrido Robres JA, Sanahuja Montesinos J. Cefaleas secundarias. En: Ezpeleta D, Pozo P ed. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2015. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Madrid: Luzán 5; 2015.p.185-204.







NEUROPATÍAS CRANEALES DOLOROSAS



Ángel Gómez Camello⁽¹⁾, María de la Luz Peinado Cantero⁽²⁾, Javier Gutiérrez García⁽¹⁾.

1. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

2. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz).

NEUROPATÍAS CRANEALES DOLOROSAS. BLOQUEOS ANESTÉSICOS DE NERVIOS PERICRANEALES

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO Y NEUROPATÍA TRIGEMINAL DOLOROSA

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y CLASIFICACIÓN (MODIFICADO DE ICHD-3)

Neuralgia del trigémino (NT): se manifiesta como paroxismos recurrentes de dolor facial unilateral que se distribuyen en una o más divisiones del nervio trigémino con duración de fracciones de segundos a 2 minutos, intensidad severa, sensación de descarga eléctrica, lancinante, punzante o de dolor agudo, precipitado o agravado por estímulos inocuos (táctiles o mecánicos). Existe una forma puramente paroxística y otra con dolor continuo o casi continuo entre las crisis.

- **NT clásica:** se demuestra en resonancia magnética (RM) o durante la cirugía compresión neurovascular, con cambios morfológicos en la raíz del nervio trigémino.
- **NT secundaria:** presenta criterios de neuralgia del trigémino, pero se demuestra lesión o enfermedad subyacente (esclerosis múltiple, tumor del ángulo pontocerebeloso, malformación arteriovenosa).
- **NT idiopática:** criterios de neuralgia del trigémino, pero no se ha demostrado alteración en la neuroimagen ni en las pruebas neurofisiológicas.

Neuropatía trigeminal dolorosa (NTD): dolor facial en la distribución trigeminal indicativo de daño neuronal y secundario a otro trastorno subyacente. El dolor primario suele ser continuo o casi continuo, quemante, urente, opresivo o punzante. Se pueden presentar paroxismos de dolor breve superpuestos. Existen con frecuencia áreas de hipoestesia, alodinia e hiperalgesia.

La clasificación se muestra en la **Tabla I**.



Tabla I. Clasificación de la neuralgia del trigémino y de la neuropatía del trigémino dolorosa (ICHD-3)

13.1 Dolor atribuido a una lesión o enfermedad del nervio trigémino
13.1.1 Neuralgia del trigémino
13.1.1.1 Neuralgia del trigémino clásica
13.1.1.1.1 Neuralgia del trigémino clásica, puramente paroxística
13.1.1.1.2 Neuralgia del trigémino clásica con dolor continuo concomitante
13.1.1.2 Neuralgia del trigémino secundaria
13.1.1.2.1 Neuralgia del trigémino atribuida a la esclerosis múltiple
13.1.1.2.2 Neuralgia del trigémino atribuida a una lesión ocupante del espacio
13.1.1.2.3 Neuralgia del trigémino atribuida a otra causa
13.1.1.3 Neuralgia del trigémino idiopática
13.1.1.3.1 Neuralgia del trigémino idiopática, puramente paroxística
13.1.1.3.2 Neuralgia del trigémino idiopática con dolor continuo concomitante
13.1.2 Neuropatía del trigémino dolorosa
13.1.2.1 Neuropatía del trigémino dolorosa atribuida al herpes zóster
13.1.2.2 Neuralgia posherpética trigeminal
13.1.2.3 Neuropatía del trigémino dolorosa postraumática
13.1.2.4 Neuropatía del trigémino dolorosa atribuida a otro trastorno
13.1.2.5 Neuropatía dolorosa del trigémino idiopática

DIAGNÓSTICO

NT clásica: exploración neurológica normal. La RM evidencia el conflicto neurovascular (utilizar técnicas 3D de RM).

NT idiopática: exploración neurológica normal. RM normal.

NT secundaria: en la exploración pueden existir cambios sensoriales. La RM detecta causa sintomática (tumores, esclerosis múltiple).

Neuropatía trigeminal dolorosa: de forma frecuente hipoestesia, alodinia, hiperalgesia. Se deben Investigar antecedentes o asociación con herpes, trauma, enfermedad sistémica.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

Tabla II. Diagnóstico diferencial de la neuralgia del trigémino*

Cefaleas trigéminoautonómicas	Otras neuralgias craneofaciales	Otros dolores craneofaciales
SUNCT, SUNA	Neuralgia del glosofaríngeo	Dolor secundario a trastornos estructurales craneofaciales (enfermedades odontológicas, patología de la articulación temporomandibular...)
• Síntomas vegetativos • Mayor duración de los ataques • Sin mejoría con carbamazepina • Dolor menos intenso que la NT • Siempre en V1	• Distribución del dolor en territorio sensitivo del nervio glosofaríngeo: base de la lengua, fosa amigdalár, ángulo mandibular y oído • Puede acompañarse de síncope/bradicardia	• Dolor difuso, sin distribución nerviosa específica • Signos y síntomas de inflamación o infección asociados
Cefalea en racimos	Neuralgias de ramas terminales trigeminales	Dolor facial idiopático persistente
• Síntomas vegetativos • Distribución en V1 • Sin paroxismos • Duración 15 a 180 minutos	• Distribución nerviosa restringida a ramas trigeminales terminales (nervio supraorbitario, auriculotemporal, etc.) • Con frecuencia el bloqueo anestésico en la rama terminal es diagnóstico	• Localización pobremente definida y que no se corresponde con la distribución de un nervio periférico • Calidad sorda, lancinante o persistente
Hemicránea paroxística	Neuralgia del nervio intermediario	Neuropatía del trigémino dolorosa
• Síntomas vegetativos • Localización V1 • Duración 2 a 30 minutos • Sin paroxismos • Respuesta a indometacina	• Distribución de los paroxismos por conducto auditivo externo y parte del pabellón auricular y de la mastoides • Zona gatillo en parte posterior conducto auditivo externo o región periauricular	• Dolor primario, suele ser continuo • Quemante, urente, opresivo o punzante • Paroxismos de dolor breve no son predominantes • Frecuentes áreas de hipoestesia, alodinia e hiperalgesia

*Se indican las características clínicas más significativas que con más frecuencia diferencian las entidades que figuran en la tabla de la neuralgia del trigémino.

CBZ: carbamazepina; **SUNA:** cefalea unilateral neuralgiforme, de corta duración, con síntomas autonómicos craneales; **SUNCT:** síndrome de cefalea unilateral neuralgiforme, de corta duración, con inyección conjuntival y lagrimeo.

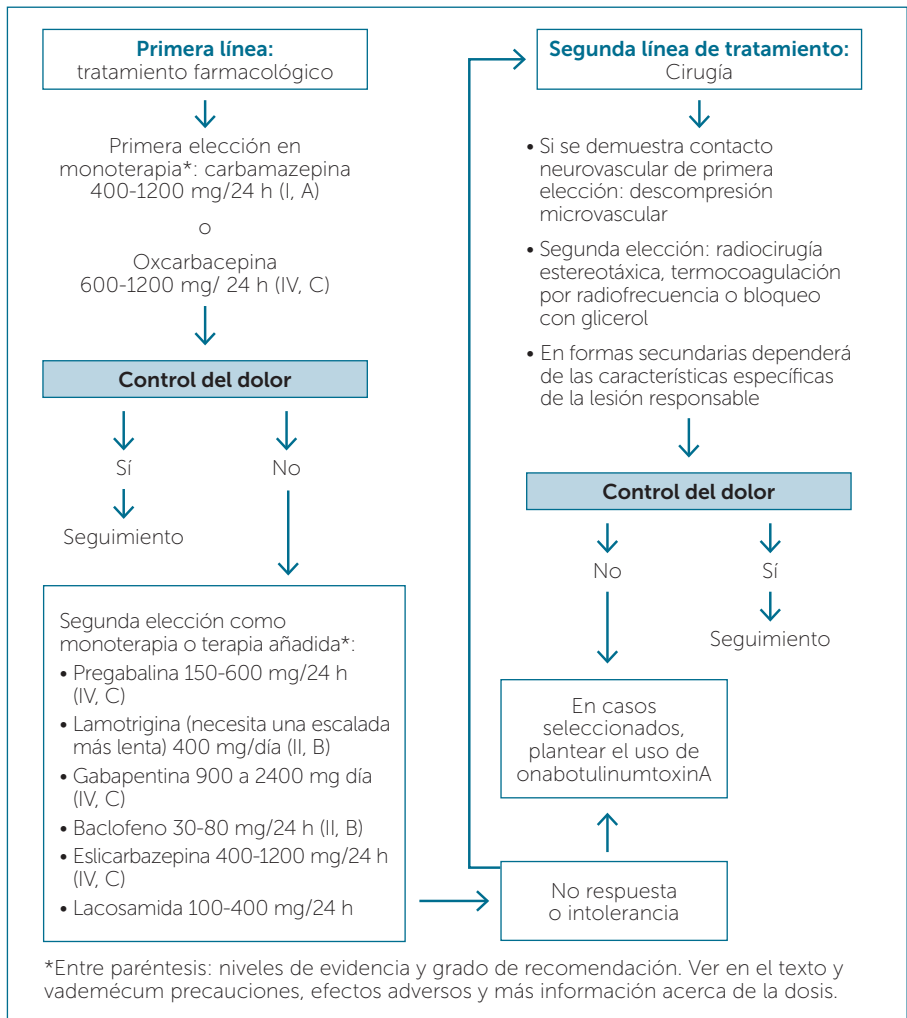


TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

PRIMERA LÍNEA. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Las dosis, nivel de evidencia y grado de recomendación, se muestran en el algoritmo de tratamiento (**Figura 1**) y vademécum, en el que figura información sobre efectos adversos y contraindicaciones.

Figura 1. Algoritmo de tratamiento de la neuralgia del trigémino



Primera elección, monoterapia: carbamazepina y oxcarbazepina

Se debe realizar escalada lenta en los dos casos, existe posibilidad de hiponatremia, leucopenia y alteración hepática (controles analíticos). Precaución o contraindicación: pacientes con comorbilidad cardíaca, interacción con anticonceptivos hormonales, teratogenia.

Segunda elección como monoterapia o tratamiento añadido:

- **Lamotrigina:** La dosis **debe aumentarse lentamente** (posibilidad de rash cutáneo). Como tratamiento añadido puede incrementar los efectos adversos sobre el sistema nervioso central de carbamazepina y oxcarbazepina.
- **Pregabalina:** probable eficacia similar a la lamotrigina.
- **Gabapentina:** existen series cortas en las que se obtienen beneficios al igual que con **eslicarbazepina** y **lacosamida**.
- **Baclofeno:** útil en pacientes con neuralgia del trigémino y esclerosis múltiple.

Debe de tenerse en cuenta la posibilidad de bloqueo auriculoventricular con los bloqueantes de los canales de sodio (carbamazepina, oxcarbazepina, eslicarbazepina y lacosamida), sobre todo en pacientes con cardiopatía previa y en combinación.

En pacientes seleccionados farmacorresistentes se puede plantear el uso de **onabotulinumtoxinA** a dosis de 25 a 75 UI en la zona afectada. 2,5 a 5 UI por punto, separados 15 mm. Valorar infiltrar algunos puntos en el lado contralateral para minimizar alteraciones estéticas. Esperar 12 semanas entre ciclos de infiltración.

SEGUNDA LÍNEA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La descompresión microvascular representa el tratamiento de primera elección si se ha demostrado contacto neurovascular. Son de segunda elección la radiocirugía estereotáxica, la termocoagulación por radiofrecuencia del ganglio de Gasser y el bloqueo con glicerol. En las formas secundarias dependerá de las características específicas de la lesión responsable.



NEURALGIAS DE RAMAS TERMINALES TRIGEMINALES

Neuralgia del nervio supraorbitario (NSO): rama del nervio frontal (rama del nervio oftálmico). Se presenta como dolor paroxístico con o sin dolor de fondo distribuido por región frontal medial y parte anterior del cuero cabelludo. La infiltración anestésica se realiza localizando la escotadura supraorbitaria, unos 0,5 cm por encima de la emergencia (Figura 2).

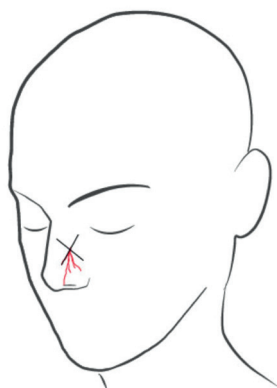
Figura 2. Punto de infiltración del nervio supraorbitario



Neuralgia del nervio nasociliar (nasal): rama del nervio oftálmico. Los paroxismos de dolor se localizan en la mucosa de la cavidad nasal (r. nasales internas), piel del ala, vértice y vestíbulo nasal (n. nasal externo) y parte medial del párpado superior y cara lateral de la raíz nasal (n. infratroclear). Para bloquear el nervio infratroclear, la aguja se introduce unos milímetros en el ángulo interno de la órbita por encima de la carúncula lagrimal. El nervio nasal externo se puede bloquear insertando la aguja en sentido craneal entre el hueso nasal y el cartílago nasal lateral, a unos 7 mm de la línea media (Figura 3).

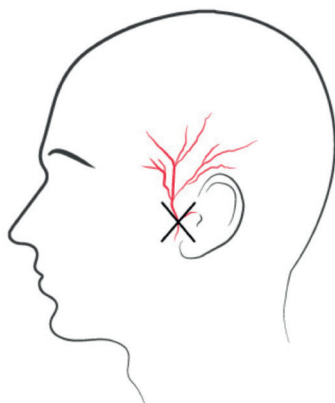


Figura 3. Punto de infiltración del nervio nasal externo



Neuralgia del nervio auriculotemporal: rama del nervio mandibular. Cursa con crisis de dolor lancinante en región temporal que puede extenderse a las regiones preauricular, parotídea y auricular. El punto de infiltración del nervio auriculotemporal se sitúa justo anterior al trago, antes se debe de palpar la arteria temporal para evitar su punción, colocando la aguja unos milímetros anterior a la misma (Figura 4).

Figura 4. Punto de infiltración del nervio auriculotemporal



El tratamiento médico de las neuralgias de ramas terminales trigeminales se realiza utilizando los fármacos recomendados en la neuralgia trigeminal. Se debe aspirar antes de infiltrar el anestésico para comprobar que no lo inyectamos a nivel intravascular. Se utiliza una aguja de 30 G y se administran entre 0,5 ml y 1 ml de solución anestésica en el NSO y auriculotemporal, en este último adicionalmente se pueden administrar inyecciones en ramas superiores (0,25 ml). En el nervio infratroclear y nasal externo la cantidad será de 0,5 ml.

NEURALGIA DEL NERVO INTERMEDIARIO

Diagnóstico

El dolor afecta al territorio sensitivo del nervio facial que inerva el conducto auditivo externo y parte del pabellón auricular y de la mastoides. Se percibe en paroxismos de segundos a minutos de duración. Se constata una zona gatillo en la parte posterior del conducto auditivo externo. Es poco frecuente.

Criterios diagnósticos en Tabla III. Descartar causas secundarias, otorrinolaringológicas.

Tabla III. Criterios diagnósticos de la neuralgia del nervio intermediario (ICHD-3)

- A. Ataques paroxísticos de dolor unilateral en la distribución de nervio intermediario y cumpliendo el criterio B
- B. El dolor tiene todas las características siguientes:
 1. Duración de unos pocos segundos a minutos
 2. Severo en intensidad
 3. Dolor lancinante, punzante o agudo
 4. Precipitado por estimulación de un área de activación o punto gatillo en la pared posterior del canal auditivo y/o en la región periauricular
- C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3

Tratamiento

Los mismos fármacos usados para la neuralgia del trigémino.



NEURALGIA DEL GLOsofaríngeo

Diagnóstico

Se manifiesta como un dolor agudo, lancinante, en el territorio sensitivo del nervio glossofaríngeo: base de la lengua, fosa amigdalara, ángulo mandibular y oído. En la **Tabla IV** se describen los criterios diagnósticos. En ocasiones se asocia a episodios de bradicardia y síncope. Se ha demostrado que existen contactos neurovasculares (bucles vasculares a nivel bulbar). Existen formas sintomáticas por lesiones estructurales (tumores, abscesos, aneurismas, síndrome de Eagle). La RM de alta resolución 3D es útil para poner de manifiesto el conflicto neurovascular y fundamental en el estudio de las formas sintomáticas, en estas puede resultar útil la tomografía axial computerizada cervical.

Tratamiento

Los mismos fármacos utilizados en la neuralgia del trigémino. En casos refractarios, la técnica quirúrgica de elección es la microdescompresión vascular, preferible a la rizotomía. Se han mostrado buenos resultados en pacientes tratados con radiocirugía. No se recomiendan los bloqueos de IX par por las secuelas (permanentes) que pueden producir en los pares craneales X, XI, XII y tronco simpático (**Tabla IV**).

Tabla IV. Criterios diagnósticos de la neuralgia del nervio glossofaríngeo (ICHD-3)

A. Ataques paroxísticos de dolor unilateral en la distribución de nervio glossofaríngeo cumpliendo el criterio B
B. El dolor tiene todas las características siguientes: 1. Dura de unos segundos a dos minutos 2. Intensidad severa 3. Percibido como descargas eléctricas, lancinante, punzante o agudo 4. Precipitado al tragar, toser, hablar o bostezar
C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3



NEURALGIA OCCIPITAL

Se caracteriza por episodios paroxísticos de dolor lancinante o punzante, localizados en la parte posterior del cuero cabelludo en la distribución de los nervios occipitales mayor, menor y tercero. Puede asociar alteraciones sensitivas. El 90 % de los casos son unilaterales. Se puede percibir en el área frontoorbitaria y asociar otros síntomas, como acúfenos, mareo, náuseas o congestión nasal. El 90 % de los casos afecta al nervio occipital mayor (nervio de Arnold).

Diagnóstico

Ver criterios diagnósticos para la neuralgia occipital (**Tabla V**). Se debe palpar el área occipital para detectar la zona hipersensible. El bloqueo anestésico proporciona alivio al menos temporal.

Tabla V. Criterios diagnósticos para la neuralgia occipital (ICHD-3)

- A. Dolor unilateral o bilateral que cumple los criterios B-E
- B. El dolor se localiza en la distribución de los nervios occipitales mayor, menor o tercero
- C. El dolor presenta dos de las siguientes tres características:
 1. Ataques paroxísticos recurrentes de entre varios segundos hasta minutos de duración
 2. Intensidad severa
 3. Dolor lancinante, punzante o agudo
- D. El dolor está asociado a ambas características:
 1. Disestesias y/o alodinia aparente durante la estimulación inocua del cuero cabelludo o el cabello
 2. Uno o ambos de los siguientes:
 - a) Dolor a la palpación en las ramas del nervio o nervios afectados
 - b) Puntos gatillo en la aparición del nervio occipital mayor o en el área de distribución del C2
- E. El dolor se alivia temporalmente con bloqueo anestésico local del nervio o nervios afectos
- F. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3

Tratamiento

Se describe en la **Tabla VI**. La infiltración del nervio de Arnold se puede realizar en dos posibles puntos de inyección (**Figura 5**).

- **Abordaje proximal** (1): se busca el nervio a su salida del músculo a unos 3 cm por debajo y 1,5 cm lateral a la tuberosidad occipital, así se infiltran también los músculos paravertebrales.
- **Abordaje distal** (2): se realiza la infiltración en el punto de Arnold, una vez que el nervio se encuentra libre de tejido muscular.
- Si el nervio más sensible a la palpación es el **occipital menor**, se procederá a infiltrar la zona correspondiente a dicho nervio (3).

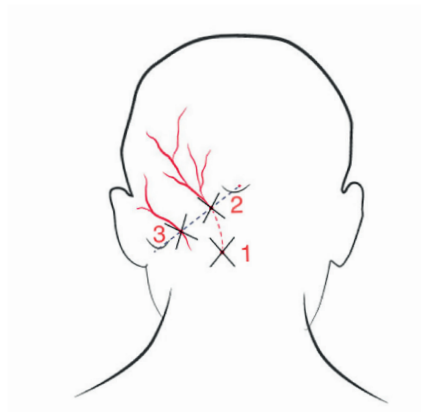
Se empleará una jeringa de 5 ml (se inyectan entre 2 y 2,5 ml de solución anestésica con o sin corticoide) y una aguja de 25 a 30 G dirigida en sentido craneal. Se debe de inyectar un tercio de la cantidad total con la aguja insertada en vertical, aspirando previamente para asegurar su situación extraarterial, y posteriormente, tras salir a zona subcutánea, cambiar la orientación 30º a cada lado, inyectando los dos tercios restantes ("en abanico"). Algunos autores recomiendan repetir la infiltración anestésica una vez por semana durante tres semanas consecutivas en caso de no responder a la primera sesión.

Tabla VI. Tratamiento de la Neuralgia Occipital

Medidas conservadoras • Reposo, masajes, frío/calor local, fisioterapia, corrección postural
Analgesia con paracetamol o antiinflamatorios y relajantes musculares (en la fase de dolor agudo)
Neuromodulación (en dolor crónico) • Antiepilépticos: carbamazepina, oxcarbacepina, gabapentina o pregabalina • Antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina • Opioides • Baclofeno
Bloqueos nerviosos percutáneos con anestésico local con o sin corticoide. Infiltración de toxina botulínica tipo A
Radiofrecuencia de la raíz dorsal C2 (nivel de evidencia IV)
Estimulación subcutánea del nervio occipital
Sección quirúrgica del nervio occipital o la descompresión de las raíces nerviosas cervicales en casos seleccionados (si fracaso terapéutico a todo lo anterior)



Figura 5. Abordaje proximal (número 1) y distal (número 2) para la técnica de infiltración del nervio occipital mayor. Abordaje para técnica de infiltración del nervio occipital menor (número 3)



BIBLIOGRAFÍA:

- Gómez Camello A, Peinado Cantero ML, Gutiérrez García J. Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores craneofaciales. En: González Oria C, Jurado C, Viguera J, editores. Guía oficial de Cefaleas 2019. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea; 2019.p. 192-215.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
- Bendtsen L, Zakrzewska JM, Abbott J, *et al.*, European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. Eur J Neurol. 2019;26(6):831-849.
- Maarbjerg S, Di Stefano G, Bendtsen L, Cruccu G. Trigeminal neuralgia - diagnosis and treatment. Cephalalgia. 2017;37(7):648-57.
- Santos Lasasa S, Cuadrado Pérez ML, Guerrero Peral AL, Huerta Villanueva M, Porta-Etessam J, Pozo-Rosich P, *et al.* Consensus recommendations for anaesthetic peripheral nerve block. Neurología. 2017;32(5):316-30.
- Pareja JA. Neuralgia del trigémino y otras neuralgias craneofaciales. En: Serra Catafau, ed. Tratado de dolor neuropático. Madrid: Panamericana; 2007.p. 361-67.
- Rey-Dios R, Cohen-Gadol AA. Current neurosurgical management of glossopharyngeal neuralgia and technical nuances for microvascular decompression surgery. Neurosurg Focus. 2013;34(3):E8.
- Choi I, Jeon SR. Neuralgias of the Head: Occipital Neuralgia. J Korean Med Sci. 2016;31(4):479-88.



CEFALEAS NO TRAUMÁTICAS EN URGENCIAS

Juan de Dios Fernández Ortega⁽¹⁾.

1. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

CEFALEA NO TRAUMÁTICA EN URGENCIAS

La actitud ante un paciente con una cefalea no traumática en el Servicio de Urgencias debe tener el doble objetivo de aliviar el dolor e identificar en qué pacientes el dolor puede ser debido a un proceso grave. Ambas cosas deben hacerse rápida y simultáneamente, una vez comprobado que no existe un riesgo vital inmediato.

El tratamiento sintomático del dolor puede iniciarse con analgésicos habituales. No obstante, es necesario hacer un diagnóstico preciso del tipo de cefalea para seleccionar un tratamiento más eficaz.

Para diferenciar una cefalea primaria de una secundaria verificamos si existen datos de alarma (**Tabla I**), especialmente si se trata de grupos de riesgo (**Tabla II**). Ni la intensidad del dolor ni su respuesta al tratamiento ayudan en este sentido.

Tabla I. Datos de alarma en una cefalea

Datos relacionados con las características del paciente
• Edad >50 años • Embarazo • Enfermedades sistémicas: neoplasias, VIH o inmunodeprimidos, anticoagulados o con problemas hematológicos
Datos relacionados con las características de la cefalea
• Cefalea con disfunción neurológica focal o del estado mental no conocidos previamente • Cefalea intensa de inicio súbito “en trueno” con o sin cambios en el estado neurológico • Cefalea y fiebre • Cefalea con síncope o vómitos al inicio del dolor • Cefalea y trastornos visuales, incluyendo papiledema • Cefalea de inicio reciente que empeora progresivamente • Cefalea refractaria a tratamiento habitual • Cefalea persistente <i>de novo</i> • Cefalea con dolor estrictamente unilateral • Cefalea que aparece durante el sueño • Cambios en las características de una cefalea primaria previa sin motivo aparente

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.



Tabla II. Grupos de riesgo para una cefalea secundaria grave en pacientes adultos

1. Grupo de alto riesgo • Cefalea intensa. “Su peor cefalea”, de inicio agudo “en trueno”, con signos neurológicos focales, alteraciones de nivel de conciencia, vómitos o síncope al comienzo del dolor. • Dolor de cabeza intenso, con fiebre y/o signos meníngeos
2. Grupo de riesgo medio • Cefalea de reciente comienzo (días o semanas), persistente o empeoramiento progresivo
3. Grupo de bajo riesgo • Pacientes con cefaleas previas, que acuden con una cefalea intensa, similar a las de episodios anteriores en intensidad, duración y síntomas asociados

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, ¿QUÉ PACIENTES INVESTIGAR?

Las pruebas complementarias deben indicarse cuando existen datos de alarma que hacen sospechar que se trata de una cefalea secundaria.

La mayoría de las cefaleas en urgencias pueden estudiarse adecuadamente disponiendo de tomografía computarizada (TC), una analítica general y eventualmente con el examen del líquido cefalorraquídeo (**Tabla III**).

Tabla III. Diagnóstico de las cefaleas con las pruebas habituales

A) Causas detectables con la TC craneal inicial
• Hemorragias intracraneales, con limitaciones en HSA dependientes del tiempo trascurrido • Ictus isquémicos pasadas las primeras horas • Otras: sinusitis esfenoidal. Hidrocefalia y tumores. Leucoencefalopatía posterior reversible
B) Causas detectables con una punción lumbar después de una TC normal
• Meningitis y procesos infiltrativos meníngeos • Síndromes de hiper o hipotensión intracraneal • Hemorragia subaracnoidea pasadas las primeras 6 h
C) Causas no detectables tras TC normal y un examen de LCR normal o casi normal
• Cefaleas primarias • Ictus isquémicos en las primeras horas • Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible • Trombosis venosas intracraneales (puede tener una presión de apertura elevada en la PL) • Disección de arterias cervicales • Arteritis de células gigantes • Otras: cefalea cardíaca o de la disección aórtica. Apoplejía pituitaria

HSA: hemorragia subaracnoidea; PL: punción lumbar.

No está indicado realizar pruebas complementarias a pacientes adultos de bajo riesgo (recomendación C). Deben reservarse para los grupos de riesgo alto y medio o que tengan datos de alarma (recomendación B o C).

Pruebas radiológicas

Las indicaciones para realizar una TC craneal pueden verse en la **Tabla IV**. La RM cerebral es menos accesible desde urgencias y debe restringirse a los casos en que la TC este contraindicada o no sea demostrativa y persista la sospecha de patología intracraneal.

Tabla IV. Recomendaciones para TC craneal urgente en una cefalea (ACEP 2008)

Presentación clínica	Grado de recomendación
Cefalea + cambios en el estado neurológico	B
Cefalea severa de inicio brusco y repentino “en trueno”.	B
Nuevas características en una cefalea de pacientes VIH+	B
Cefalea reciente en paciente con edad >50 años	C

TC: tomografía computerizada; **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana.

Examen del líquido cefalorraquídeo (LCR)

Debe hacerse en pacientes con cefalea y fiebre o ante la sospecha de una hemorragia subaracnoidea no confirmada en la TC. Es indispensable para el diagnóstico de los procesos meníngeos (infecciosos, inflamatorios o infiltrativos) o para confirmar alteraciones de la presión intracraneal.

Normalmente se recomienda hacerla después de una TC craneal, pero si no está disponible o su demora supone riesgos al paciente, puede y debe hacerse, siempre que no existan déficits neurológicos o datos clínicos de hipertensión intracraneal (recomendación grado C).

Otros estudios analíticos en urgencias

Su uso indiscriminado tiene un bajo rendimiento, aunque pueden ser imprescindibles para el diagnóstico en un contexto adecuado.



La norma es hacer un hemograma y bioquímica de rutina, estudio de coagulación en todos los sangrados intracraneales y los estudios microbiológicos ante la sospecha de infección.

La elevación de dímero D tiene alta sensibilidad (>85 %) y un alto valor predictivo negativo en las trombosis venosas intracraneales.

A todos los pacientes mayores con una cefalea no habitual de curso progresivo o que no cede a tratamiento analgésico o tiene un debe hacérseles una **velocidad de sedimentación** (sensibilidad 85,7 %) y/o **proteína C reactiva** (98,6 %) por la posibilidad de **una arteritis de células gigantes**.

CEFALEA SÚBITA DE GRAN INTENSIDAD. “CEFALEA EN TRUENO”

Es una urgencia médica. Más de la mitad de estas cefaleas son sintomáticas o secundarias (**Tabla V**) y el diagnóstico de una cefalea primaria solo debe hacerse por exclusión.

Tabla V. Causas de cefalea de inicio súbito y gran intensidad

Cefaleas secundarias
• Hemorragia subaracnoidea. ¿Cefalea centinela? • Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible • Trombosis venosa cerebral • Disección arterial carotídea o vertebral • Síndrome de hipotensión de líquido cefalorraquídeo • Apoplejía hipofisaria/hipofisitis • Crisis aguda hipertensiva (incluyendo feocromocitoma) • Otras: infecciones intracraneales y del seno esfenoidal. Hematoma retroclival. Hipertensión intracraneal aguda (quiste coloide del tercer ventrículo y otros procesos de línea media)
Cefaleas primarias
• Cefalea “en trueno” primaria • Cefaleas primarias, tusígena, del ejercicio y de la actividad sexual

Una cuarta parte de ellas son debidas a una **hemorragia subaracnoidea**, sobre la que debemos mantener un alto índice de sospecha, ya que con frecuencia no se diagnostica inicialmente y la mortalidad puede duplicarse, desde el 25 % hasta el 50 %, en las primeras 24 h si no se ponen en marcha las medidas oportunas.



Un inicio tan abrupto solo se encuentra en el 40-50 % de los casos y la ausencia de signos meníngeos no permite excluir el diagnóstico por completo. Cuadros muy sugestivos son dolores en la nuca de comienzo brusco o cuando se acompaña de confusión mental o disminución de nivel de conciencia.

Todos los pacientes deben ser estudiados al menos con TC, que tiene una sensibilidad para detectar un sangrado subaracnoideo en las 6 primeras horas cercana al 100 %, en descenso progresivo conforme pasa el tiempo hasta un 50 % tras la primera semana.

El examen del LCR debe plantearse cuando el resultado no aclare el diagnóstico (recomendación clase B).

El síndrome de **vasoconstricción cerebral reversible** es la segunda causa después del sangrado subaracnoideo. Es un proceso autolimitado, que puede asociarse con una encefalopatía posterior reversible (10-38 %) o complicarse en los primeros días con un sangrado superficial en los surcos de la convexidad o con un infarto de territorios frontera en la segunda o tercera semana (5-10 %).

Típicamente es una cefalea generalizada, de inicio posterior, que dura entre 1 y 3 horas y repite varias veces al día en las semanas siguientes, durante no más de un mes y desaparece espontáneamente.

En la mitad de los pacientes, puede asociarse con situaciones que implican una activación brusca del sistema simpático, tales como el uso de drogas o fármacos vasoactivos, el ejercicio, la actividad sexual, maniobras de Valsalva o traumatismos cervicales. También se ha relacionado con los cambios del final del embarazo o en el puerperio, con o sin datos de preeclampsia o eclampsia.

El diagnóstico definitivo requiere la confirmación radiológica del vasoespasmo, aunque los datos clínicos son suficientes para un diagnóstico de probabilidad.

Los triptanes y otros vasoconstrictores están contraindicados y el dolor debe ser controlado con analgésicos inespecíficos y en casos refractarios nimodipino oral 30-60 mg/4-8 h (recomendación C). Parte del tratamiento es identificar y eliminar los posibles factores precipitantes.



CEFALEA EN URGENCIAS EN PACIENTE EMBARAZADA O EN EL PUERPERIO

Las causas de cefalea durante la primera parte del embarazo son las de la población general. En el último trimestre y el posparto aumenta la proporción de cefaleas secundarias por causas específicas.

La preeclampsia y eclampsia son las causas más comunes de cefalea secundaria en último trimestre del embarazo y no son raras (1,5 %) las cefaleas ortostáticas tras la anestesia epidural en el posparto. Otras cefaleas con mayor incidencia en este periodo son las trombosis venosas intracraneales y el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, acompañado o no de una encefalopatía posterior reversible.

Causas más raras, pero típicas en este periodo, son la apoplejía pituitaria, que puede cursar con cefalea intensa trastornos visuales y alteraciones del nivel de conciencia o la hipofisitis linfocitaria de sintomatología similar, pero de curso menos abrupto.

Limitaciones en el tratamiento del dolor durante el embarazo

Los AINE durante el primer trimestre aumentan el riesgo de aborto espontáneo y en el último pueden causar un cierre precoz del ductus arterioso, por lo que solo deben usarse excepcionalmente y tras informar de los riesgos.

Puede usarse metoclopramida y paracetamol 1000 mg como primera línea de tratamiento y los triptanes parecen razonablemente seguros (recomendación C).

Una alternativa es la infusión iv de sulfato de magnesio, 1 gr en 15 minutos (recomendación C) y los bloqueos suboccipitales (recomendación C).

Ningún fármaco preventivo de la migraña tiene una recomendación A o B por la FDA durante el embarazo y es preferible no usarlos.



TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La actitud ante una cefalea migrañosa que no responde a su tratamiento habitual puede verse en la **Figura 1**. El estado migrañoso definido como un dolor intenso que dura más de tres días a pesar de un tratamiento adecuado requiere un tratamiento más enérgico (**Figura 2**).

Figura 1. Tratamiento de una crisis de migraña refractaria a medicación habitual

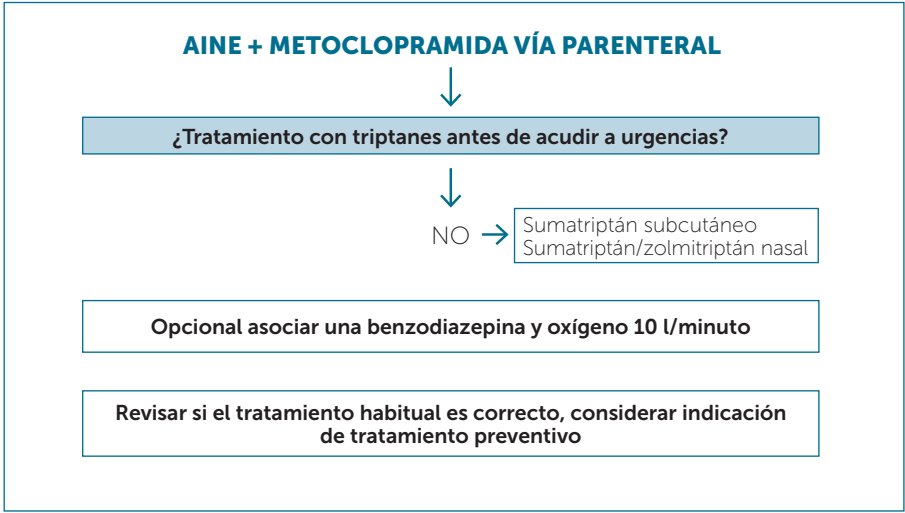
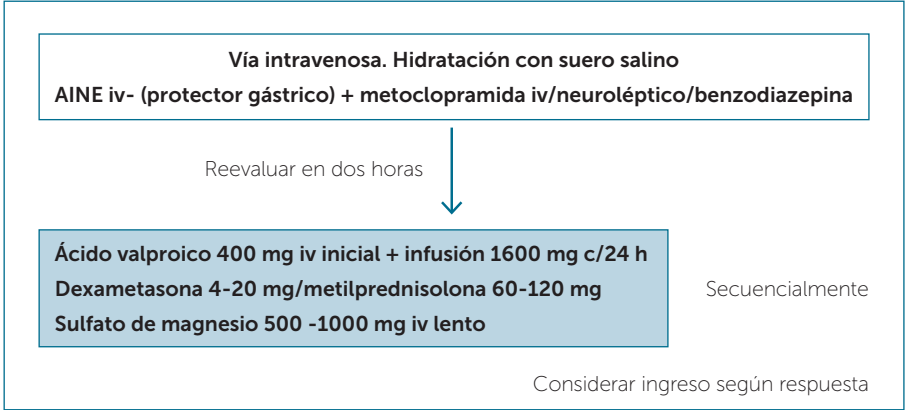


Figura 2. Tratamiento del estado migrañoso



TRATAMIENTO URGENTE DE LA CEFALEA EN RACIMOS

El tratamiento más eficaz de la crisis dolorosa es el sumatriptán 6 mg vía subcutánea. Los triptanes orales no son útiles y los administrados por vía nasal solo son una alternativa si el dolor dura más de 30 minutos.

Siempre debe usarse oxígeno durante unos minutos en el tratamiento inicial (10-15 l/min).

Es obligado comenzar con tratamiento preventivo desde la primera crisis. Los corticoides orales o los bloqueos suboccipitales sirven de puente a corto plazo hasta que se alcanzan dosis efectivas de fármacos preventivos.

TRATAMIENTO DE LAS NEURALGIAS Y ALGIAS EPICRANEALES EN URGENCIAS

Las neuralgias son dolores repetitivos de corta duración, en el territorio de un nervio craneal. Excepto la neuralgia del trigémino, todas las demás son raras y deben estudiarse en busca de un posible origen compresivo o infiltrativo a lo largo del trayecto del nervio.

El tratamiento se hace con carbamazepina (recomendación A) u oxcarbazepina (recomendación B), pero hay que instaurarlo lentamente, por lo que la actitud depende del contexto:

- Si la situación es tolerable puede iniciarse o ajustarse la dosis de estos anticomiciales y evitar la estimulación de puntos gatillo.
- Cuando la situación es desesperada, pueden usarse infusiones de fenitoína (10-15 mg/ kg) o lidocaína (100 mg hasta 3 mg/kg) por vía intravenosa, para una respuesta más rápida, aunque la evidencia publicada sea escasa y programar las técnicas quirúrgicas lo antes posible.

Las algias epicraneales pueden tratarse con infiltraciones locales de anestésicos.



DERIVACIONES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

La indicación de ingreso en el caso de las cefaleas secundarias dependerá de la necesidad de completar estudios o realizar tratamientos que solo puedan hacerse en el hospital.

En las cefaleas primarias dependerá de síntomas incapacitantes, la falta de respuesta a tratamiento o la existencia de comorbilidades que impidan su manejo ambulatoriamente (**Tabla VI**).

Tabla VI. Cuándo ingresar una cefalea. Grupo de estudio de cefaleas SEN 2016

Cefaleas secundarias
• Necesidad de realización de pruebas diagnósticas específicas • Necesidad de tratamiento del proceso subyacente en el medio hospitalario • Coexistencia de enfermedades médicas, quirúrgicas o psiquiátricas que compliquen el manejo del paciente • Ausencia de respuesta ambulatoria al tratamiento
Cefaleas primarias
• Estado migrañoso refractario (>72 h) a tratamiento en el ámbito de urgencias o una crisis migrañosa de <72 h) sea incapacitante y no responda al tratamiento en urgencias • Deshidratación importante, desequilibrio hidroelectrolítico, presencia de vómitos o diarrea continuados o signos vitales inestables o pacientes que requieran de forma transitoria tratamiento parenteral frecuente • Migraña con pleocitosis • Migraña hemipléjica, especialmente primer episodio o episodio no resuelto en urgencias • Migraña complicada con sospecha de ictus, con aura prolongada o atípica, especialmente en el primer episodio • Trastorno médico, quirúrgico o psiquiátrico que complique el manejo del paciente • Cefalea en racimos o trigémino autonómica con mala respuesta a terapias ambulatorias

En la **Tabla VII** se resumen los motivos para hacer una derivación a consultas externas de neurología.



Tabla VII. Cuándo derivar a consulta de neurología

Preferente
• Cefaleas trigémino autonómicas en fase activa • Sospecha de cefalea secundaria no subsidiaria de ingreso • Neuralgias faciales ya estudiadas con mala respuesta al tratamiento médico
Normal
• Dificultad para establecer un diagnóstico correcto (sin criterios IHS de cefalea primaria) • Paciente con cefalea previa y cambios no aclarados en las características de esta • Cefalea y abuso de analgesia • Cefalea unilateral asociada o no a síntomas autonómicos y/o trigeminales • Cefalea asociada a tos, actividad sexual o ejercicio físico después de TC/angio-TC normal. • Cefalea episódica en relación con el sueño • Neuralgias faciales y craneales • Cefalea que afecta las actividades de la vida diaria • Cefalea primaria sin respuesta a tratamiento convencional (sintomático y/o preventivo) • Primer episodio de migraña con aura • En relación con migraña diagnosticada: • Mal control • Migraña crónica • Aura prolongada o atípica

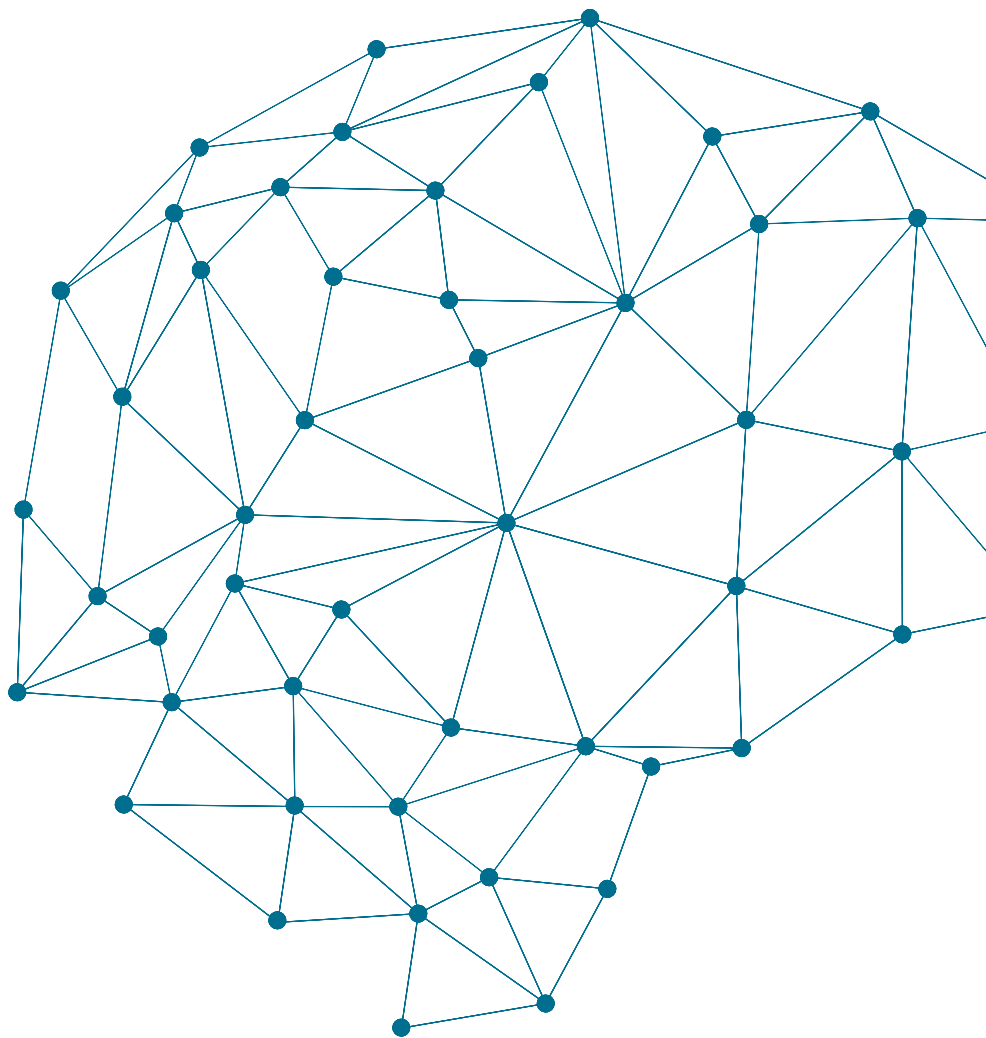
IHS: International Headache Society.



BIBLIOGRAFÍA:

- Devenney E, Neale H, Forbes RB. A systematic review of causes of sudden and severe headache (Thunderclap Headache): should lists be evidence based? *J Headache Pain*. 2014;15(1):49.
- Ducros A, Wolff V. The Typical Thunderclap Headache of Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome and its Various Triggers. *Headache* 2016;56(4):657-673.
- Fernández Ortega JD, Rojo Suárez, Gutierrez García J. Cefalea en Urgencias. En: González Oria C, Jurado C, Viguera J, editores. *Guía oficial de Cefaleas 2019*. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea; 2019.p. 216-233.
- Gaul C, Roguski J, Dresler T, *et al*. Efficacy and safety of a single occipital nerve blockade in episodic and chronic cluster headache: A prospective observational study. *Cephalalgia*. 2017;37(9):873-880.
- Hoffmann J, May A. Diagnosis, pathophysiology, and management of cluster headache. *Lancet Neurol*. 2018;17(1):75-83.
- Huerta Villanueva M *et al*. Criterios de ingreso y derivación de la cefalea en urgencias. En Macaya A, Pozo Rosich P eds. *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2016*. Luzán 5. Madrid. 2016
- Ravishankar K. "WHICH Headache to Investigate, WHEN, and HOW?" *Headache*. 2016;56(10):1685-1697.
- Rozen TD. Emergency Department and Inpatient Management of Status Migrainosus and Intractable Headache. *Continuum (Minneap Minn)*. 2015;21(4):1004-17.
- Worthington I, Pringsheim T, Gawel MJ, *et al*. Canadian Headache Society Guideline: acute drug therapy for migraine headache. *Can J neurol Sci*. 2013;40(5 Suppl 3):S1-S80.







CEFALEA EN EMBARAZO Y LACTANCIA

Javier Viguera Romero⁽¹⁾.

1. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

CEFALEA EN EMBARAZO Y LACTANCIA

La cefalea durante el embarazo es frecuente y su manejo es complejo. Algunas medicaciones pueden incrementar el riesgo para malformaciones fetales y la evolución en el embarazo, mientras que el mal control de la cefalea durante el embarazo puede provocar mala evolución materna y provocar depresión e hipertensión.

La cefalea en embarazada se puede presentar en tres escenarios posibles:

- **La paciente sufre de cefaleas primarias y presenta su cefalea habitual.**
- **La paciente no padece cefalea primaria habitualmente y presenta su primera cefalea severa durante el embarazo.**
- **La paciente presenta cefaleas primarias de forma habitual pero ahora el dolor es diferente en calidad, intensidad o síntomas asociados.**

En el segundo y tercer escenario la cefalea debe de ser considerada como un síntoma de un proceso subyacente hasta que se haya realizado un diagnóstico y evaluación apropiado.

Es importante conocer los tratamientos más seguros, los que no se pueden usar, así como cuándo sospechar una cefalea secundaria, cuya frecuencia se incrementa en este grupo.

Las cefaleas primarias son las más frecuentes durante el embarazo (93 %), predominando la migraña sin aura (72 %). Si la migraña aparece por primera vez es más frecuente que sea con aura. La migraña es más frecuente durante el primer trimestre con disminución progresiva de crisis a medida que avanza el embarazo, es habitual que mejoren la migraña menstrual y las que se iniciaron en la menarquia, por contra la migraña con aura suele empeorar. Durante el periodo de lactancia se reduce la frecuencia.

Otras cefaleas (tipo tensión, en racimos, punzante...) son menos frecuentes. Las cefaleas secundarias constituyen la minoría durante el embarazo, aunque algunas debutan durante el embarazo y son potencialmente graves destacando: hipertensión gestacional y eclampsia/preeclampsia, trombosis venosa cerebral y hemorragia subaracnoidea, en el posparto hay que considerar la cefalea pospunción/hipotensión de LCR.



Tabla I. Signos de alarma en cefalea durante embarazo

• Cefalea que alcanza pico de intensidad en menos de 5 minutos • Nuevo tipo de cefalea o empeoramiento de cefalea previa • Cambio en el patrón de cefalea estabilizada previa • Cefalea que cambia con la postura (p. ej., bipedestación) • Cefalea que despierta del sueño • Cefalea provocada por actividad física o maniobras de Valsalva • Trombofilia • Signos o síntomas neurológicos • Trauma • Fiebre • Convulsiones • Historia de cáncer • Historia de VIH o infección activa • Historia de patología hipofisaria • Hipertensión arterial • Viajes recientes con riesgo de enfermedad infecciosa
--

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla II. Fármacos recomendados para el tratamiento de la migraña durante el embarazo

Crisis leves-moderadas
• Paracetamol VO/AINE en el 2º trimestre (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco) • Antieméticos: metoclopramida/pirodoxina + doxilamina
Crisis moderadas-graves
• Sumatriptán VO, IN, SC (otros triptanes) • Antieméticos: metoclopramida
Estado migrañoso
• Bloqueo anestésico (licocaína 1ª opción) • Diclofenaco 75 mg iv • Sumatriptán 6 mg sc • Clorpromazina 12,5-25 mg iv • Metoclopramida 10-20 mg iv • Metilprednisolona 60-120 mg/dexametasona 20-40 mg iv
Preventivos de primera elección
• Medidas no farmacológicas (evitar ayuno, horarios regulares, adecuado descanso...) • Propranolol o metoprolol • Bloqueos anestésicos • Lamotrigina (auras frecuentes) • Amitriptilina (2ª opción)

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; **IN:** vía intranasal; **IV:** vía intravenosa; **SC:** vía subcutánea; **VO:** vía oral.



Tabla III. Niveles de riesgo y seguridad de fármacos usados en el tratamiento agudo de las cefaleas primarias durante la gestación

Fármaco	Clase FDA	Riesgos
Paracetamol	B (VO), C (IV)	Posible riesgo de asma o TDAH
AINE	C (1 ^{er} y 2 ^o trimestre) D (a partir semana 30)	En primer trimestre riesgo de aborto espontáneo, malformaciones CV y GI A partir de 30 semanas: cierre ductus arterioso, hemorragia periventricular
AAS	D	Teratogénico
Metoclopramida	B	Alargamiento QT, síntomas extrapiramidales
Triptanes	C	Parto prematuro, atonía uterina, hemorragia postparto
Opiáceos (codeína, tramadol)	C	Síndrome abstinencia, depresión respiratoria
Ergóticos	X	Contracciones prematuras, aborto, isquemia uterina
Cafeína	C (dosis dependiente)	Ingesta moderada segura
Clorpromazina y otros antagonistas dopaminérgicos	C	En tercer trimestre síntomas extrapiramidales o síndrome de abstinencia en el RN
Domperidona	X	Prolongación QT
Lidocaína	B	No se han descrito
Otros anestésicos locales	C	Bupivacaína: alteraciones conducción cardíaca materna
Prednisona, metilprednisolona y dexametasona	C (dexametasona D)	Maduración pulmonar temprana, retraso crecimiento intrauterino
Sulfato de magnesio	D	Descalcificación ósea

CV: cardiovascular; **FDA:** Food and Drug Administration; **GI:** gastrointestinal; **IV:** vía intravenosa; **RN:** recién nacido; **TDAH:** trastorno por déficit de atención e hiperactividad; **VO:** vía oral.



Tabla IV. Niveles de riesgo y seguridad de fármacos usados en el tratamiento preventivo durante el embarazo

Fármaco	Clase FDA	Riesgos
• Propranolol • Metoprolol	C C	Durante el primer trimestre asociado a retraso crecimiento intrauterino y defectos cardiovasculares
• Amitriptilina	C	Defectos cardiovasculares. Posible síndrome de abstinencia en recién nacido
• Flunarizina • Verapamilo	C C	• Posiblemente teratogénico • Evitar últimas semanas por riesgo de parto prematuro Riesgo de bradicardia fetal
• Topiramato • Ác. valproico	D X	• Riesgo de paladar hendido y retraso crecimiento intrauterino • Teratogenia demostrada
• Lamotrigina • Gabapentina	C C	• Bajo riesgo en monoterapia y dosis bajas • Riesgo de parto prematuro y bajo peso
• Pregabalina • Carbamazepina	C D	• Aumenta el riesgo de malformaciones • Teratogenia
• Duloxetina	C	No se conocen sus efectos, evitar
• Venlafaxina	C	No tiene contraindicación absoluta
• Lisinopril • Candesartán	D D	Malformaciones graves y muerte fetal
• Magnesio	B	Hipotonía neonatal, alteraciones óseas en su uso iv
• Riboflavina	No establecida	No descritos
• Melatonina	No establecida	No descritos
• Toxina botulínica	C	No descritos (podría usarse)

Tabla V. Niveles de seguridad de fármacos usados en tratamiento agudo en lactancia

Fármaco	Recomendaciones de uso y nivel de seguridad	Posibles efectos adversos en RN
Paracetamol	Seguro	Diarrea, malestar gástrico
Ibuprofeno (resto de AINE)	Seguro (resto AINE usar con precaución)	Hemorragias en recién nacido, puede empeorar ictericia del RN
Sumatriptán y eletriptán	Seguro (resto usar con precaución)	Se recomienda esperar entre 6-8 h en el resto de triptanes para la siguiente toma
Domperidona	Seguro	No se excreta en leche
Ondasetrón	Seguro	No se conocen
Metoclopramida y otros antagonistas dopaminérgicos	Usar con precaución	Sedación, síntomas extrapiramidales
Lidocaína y bupivacaína	Seguro	No se han descrito
Metilprednisolona, dexametasona, prednisona	Seguro	Incluso en dosis altas
Opiáceos (codeína, tramadol)	Usar con precaución	Apnea y sedación
Cafeína	Usar con precaución en dosis bajas y evitar dosis altas	Irritabilidad y cambios de conducta en RN
AAS	Contraindicado en dosis altas	Posible síndrome Reye
Ergóticos	Contraindicado	Vómitos, diarreas y crisis



Tabla VI. Niveles de riesgo y seguridad de fármacos usado en tratamiento preventivo en lactancia

Fármaco	Recomendaciones de uso y nivel de seguridad	Posibles efectos adversos en RN
Propranolol	Seguro	Vigilar hipoglucemia y somnolencia
Flunarizina	CI	Sedación y alteraciones CV
Verapamilo	Seguro	Apenas se detecta en leche
Amitriptilina	Seguro	Vigilar somnolencia, estreñimiento o retención urinaria
Nimodipino	Seguro	Apenas se detecta en leche
Gabapentina	Seguro	Apenas se detecta en leche
Duloxetina	Seguro	No se han descrito riesgos
Magnesio	Seguro	Diarrea y malestar gástrico
Riboflavina	Seguro	Apenas se detecta en leche
Melatonina	Seguro	No se han descrito riesgos
Toxina botulínica	Seguro	No se han descrito riesgos
Acetazolamida	Seguro	No se han descrito riesgos
Topiramato	Usar con precaución	Sedación, pérdida de peso
Ác. valproico	Usar con precaución	Sedación o irritabilidad, alteraciones hepáticas
Lamotrigina	Usar con precaución	Alteraciones hepáticas
Carbamazepina	Usar con precaución	Somnolencia, alteraciones hepáticas
Pregabalina	CI	No hay datos de seguridad
Lisinipril y candesartán	Usar con precaución	Hipotensión en RN
Litio	CI	Alteraciones renales y tiroideas en el RN



Tabla VII. Categorías farmacológicas de la FDA

CATEGORÍA	
A	Seguro
B	Los estudios de reproducción en animales no han demostrado riesgo para el feto, pero no se disponen de estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas
C	Los estudios de reproducción en animales no han demostrado riesgo para el feto, pero no se disponen de estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. Los potenciales beneficios justifican su uso frente a los potenciales riesgos
D	Existe evidencia clara de riesgo para el feto según datos de investigación y de estudios de comercialización. Los potenciales beneficios de su uso durante el embarazo podrían ser asumibles pese a los riesgos
X	Contraindicado

FDA: Food and Drug Administration.

Tabla VIII. Fármacos recomendados para el tratamiento de otras cefaleas primarias durante el embarazo y lactancia

	Tratamiento sintomático	Tratamiento preventivo
Cefalea tipo tensión	Paracetamol/AINE (solo en el 2º trimestre)	Amitriptilina
Cefalea en racimos	Oxígeno 100 % alto flujo, sumatriptán SC/IN	Tratamiento transición: • Corticoides dosis bajas • Bloqueo anestésico Tratamiento preventivo: • Verapamilo
Hemicrania paroxística/continua	Indometacina 2º trimestre	
SUNCT	Lamotrigina	
Cefaleas por Valsalva	Indometacina 2º trimestre	

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; **IN:** intranasal; **SC:** subcutáneo.



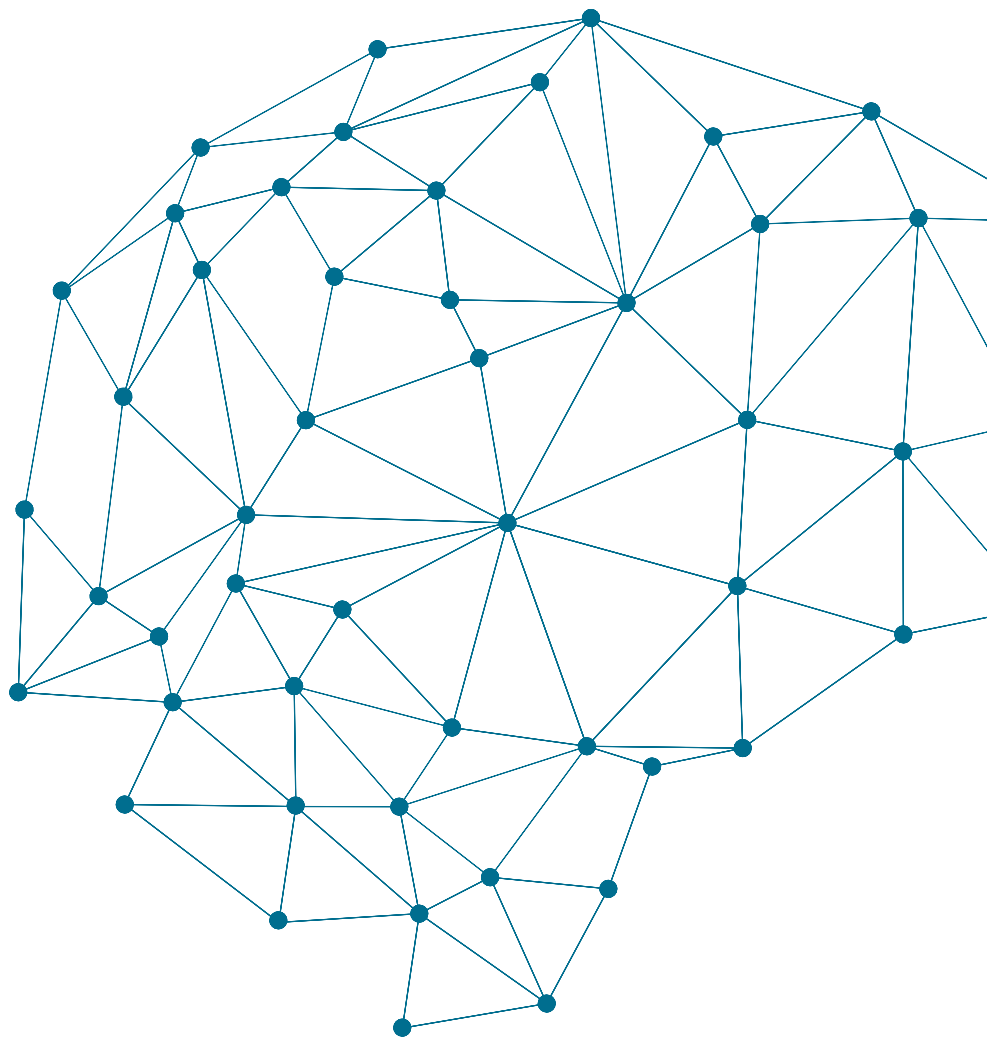
Tabla IX. Etiología de cefaleas secundarias en el embarazo y puerperio

	Características	Estudios complementarios
Trombosis venosa cerebral	Cefalea que aumenta con Valsalva y decúbito	RM/angio-RM
Ictus isquémico	Hipercoagulabilidad ligado a gestación, disección arterial	RM/angio-RM
Preeclampsia/eclampsia/PRES	Cefalea con aura visual atípica	Control TA, orina (proteinuria), RM/angio-RM
SVCR	Cefalea en trueno, déficits neurológicos/crisis	Control TA, RM/angio-RM
HTIC	Cefalea que aumenta con Valsalva/papiledema	Fondo de ojo, campimetría, RM/angio-RM
Cefalea pospunción	Cefalea ortostática	No precisa
HSA	Cefalea en trueno	RM/angio-RM, arteriografía
Tumor cerebral	Cefalea progresiva, aumento con Valsalva y/o focalidad	RM
Apoplejía hipofisaria	Cefaleas y síntomas neuroftalmológicos	RM
Meningitis/meningoencefalitis	Cefalea y fiebre	RM/punción lumbar

HSA: hemorragia subaracnoidea; **HTIC:** hipertensión intracraneal idiopática; **PRES:** síndrome de encefalopatía posterior reversible; **RM:** resonancia magnética; **SVCR:** síndrome de vasoconstricción cerebral reversible; **TA:** tensión arterial.

BIBLIOGRAFÍA:

- Allais G. Migraine during pregnancy and puerperium. *Neurol Sci* 2019; 40 (Suppl 1): S81-S91.
- Black E et al. Medication Use and Pain Management in Pregnancy: A Critical Review. *Pain Pract*. 2019 Nov;19(8):875-899. doi: 10.1111/papr.12814. Epub 2019 Aug 13. Review.
- Burch R. Epidemiology and treatment of menstrual migraine and migraine during pregnancy and lactation: A narrative review. *Headache* 2019; 0:1-17.
- González-García N et al. Cefalea: embarazo y lactancia. Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (GECSEN). *Neurología* 2019. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.12.003>.
- Mateos V et al. Cefalea en situaciones especiales. En: Ezpeleta D, Pozo Rosich P, editores. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Madrid: Luzán 5; 2015: 275-304.
- Negro A et al. Headache and pregnancy: a systematic review. *J Headache Pain* 2017; 18:106.







VADEMÉCUM

Ana María Alonso Torres⁽¹⁾, Francisco Manuel Sánchez Caballero⁽²⁾.

1. Hospital Regional de Málaga.

2. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

VADEMÉCUM

En este vademécum se pretende **informar de manera rápida y, en lo posible, mostrar los datos más relevantes de los fármacos más usados en la cefalea y neuralgias en el momento de su prescripción**. Como sucede en muchos casos en el tratamiento de las cefaleas y neuralgias, muchos de ellos no tienen indicación en ficha técnica o estudios de primer nivel que avalen su uso, el cual viene indicado por guías de práctica clínica y en publicaciones científicas de estudios de un menor nivel de evidencia y también en otros casos por estudios bien diseñados, que son referenciados en los capítulos de esta guía y en la *Guía Oficial de Cefaleas 2019* (SANCE).

Se indican las **dosis de inicio, dosis de uso habitual y dosis máxima** referidas en ficha técnica, muchas veces para otras indicaciones. Se informa de **efectos secundarios, precauciones y contraindicaciones**. En su uso se debe prestar atención a las condiciones particulares de **enfermedades comórbidas de interés, como insuficiencia renal, hepática y cardíaca**. Se señala la **categoría de riesgo FDA en el embarazo** (ver además el capítulo "Cefalea en embarazo y lactancia").

El diseño de presentación se ha realizado en **formato de tabla por orden alfabético**.



Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Cate-goría FDA
AAS (ácido acetilsalicílico)	500-1000 mg al inicio del dolor	500-1000 mg/6 h	Dosis máxima 4 gramos/día, dividida en 4 tomas	Gastropatía erosiva, úlcus, dispepsia y náuseas, Hemorragia. Anemia ferropénica. Acúfeno	Insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, enfermedad intestinal inflamatoria, insuficiencia renal o hepática	No recomendada en niños menores de 16 años. Alergia conocida o hipersensibilidad al compuesto o a AINE y patologías asociadas (asma bronquial, urticaria y angioedema), coagulopatías (incluidas terapias antitrombóticas), úlcus péptico activo o hemorragia digestiva activa. Evitar en gestación. Gota. Insuficiencia hepática grave. Infección viral en menores de 16 años	D
Aceta-zolamida	250 mg/8 h		4000 mg/día, dividida en 3 tomas	Hormigueo en cara y manos, diarrea, náuseas, vómitos, visión borrosa, acidosis metabólica	Acidosis respiratoria, nefrolitiasis, alergia a sulfonamidas	Hipersensibilidad, acidosis metabólica, insuficiencia suprarrenal, ins. renal grave, hiponatremia, hipopotasemia, depresión	C
Almotriptán	12,5 mg/día	12,5 mg/día	25 mg/día (repartida en dos dosis al día separadas al menos 2 h)	Opresión torácica, diaforesis, laxitud intensa	Reducir dosis en insuficiencia renal con ergóticos, otro triptán, metoclopramida, inhibidores de la recaptación de la serotonina e IMAO (inhibidores de la monoamino oxidasa).	HTA no controlada, cardiopatía isquémica, antecedente de vasoespasmo coronario, enfermedad cerebral vascular (ictus y AIT). Fallo hepático o renal. Migraña hemipléjica o con aura de troncoencefalo	C

Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Categoría FDA
Amitriptilina	10-25 mg/día	25-50 mg/día	150 mg/día	Somnolencia Ganancia de peso Visión borrosa Constipación abdominal Retención urinaria Deterioro mnésico Confusión mental Sequedad de boca	Hipertrofia prostática. Glaucoma de ángulo estrecho. Feocromocitoma, hipertiroidismo. Epilepsia. Deterioro cognitivo. Precaución por interacciones con depresores del sistema nervioso, como alcohol, anhistamínicos, ansiolíticos y opiáceos e IMAO	IAM reciente. Arritmia. Porfiria. Trastorno bipolar o manía. Antecedentes familiares de muerte súbita	C
Atenolol	50 mg/día		100 mg/día	Bradicardia, hipotensión, ortostatismo, mareo, depresión, astenia, alteración sexual	Al asociar con otros fármacos con efectos sobre el ritmo cardíaco o la tensión. No combinar con antagonistas del calcio	Hipersensibilidad Bradicardia, shock cardiogénico, hipotensión, ins. cardíaca, bloqueo, asma, broncoespasmo, feocromocitoma, acidosis metabólica	D
Baclofeno	5-15 mg/día	30-80 mg/día (repartir en 2-3 tomas)	100-120 mg/día (repartir en 2-3 tomas)	Sedación	Ancianos, epilepsia, Parkinson, ins. renal. Cuidado al asociar con depresores del SNC	Hipersensibilidad al fármaco. Evitar con levodopa y litio	C
Bupivacaína				Locales irritativos a nivel cutáneo con prurito, dolor, edema, o por la predisposición a presentar síncope en relación a la punción. Raramente puede existir necrosis tisular, alopecia, atrofia o cambio de coloración		Infiltración sobre craneotomía. Alergia al compuesto. Inyección intravenosa directa	C

Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Categoría FDA
Candesartán	8 mg/día	16 mg/día	32 mg/día	Mareo, hipotensión, cefalea, hiperpotasemia	Precaución al usar junto con IECA	Hipersensibilidad Hipotensión Insuficiencia renal o hepática grave	D
Carbamazepina	200 mg/12 h		2000 mg/día (repartida en 2-3 tomas)	Mareo. Diplopía y visión borrosa. Somnolencia. Rash cutáneo	Interacción con múltiples fármacos a nivel enzimático de la CYP3A4 con especial interés en otros antiepilépticos, anticonceptivos orales y antagonistas de la vitamina K. Precisa estrecha vigilancia de posibilidad de efectos graves idiosincráticos de hipersensibilidad como dermatitis exfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson, ictericia, hiperplasia linfática, pseudolinfoma, anemia aplásica, trombocitopenia y pancitopenia	Alteraciones de la conducción atrioventricular. Tratamiento con IMAO en las dos semanas previas. Porfiria. Epilepsia primaria generalizada y mioclonía. Evitar si antecedente de hiponatremia, depresión medular y leucopenia	D
Corticoides (dexametasona, metilprednisolona, prednisona)				HTA, hirsutismo, acné, úlcera GD, inmunosupresión, hiperglucemia, sind. Cushing, miopatía, glaucoma	Cuidado en hipertensos, diabéticos y osteoporosis	Úlcera gastroduodenal activa Infección grave	C (dexametasona D)
Dextetopropeno	25-50 mg al inicio del dolor	25 mg/8 h	75 mg/día (repartida en 3 tomas)	Gastropatía erosiva, úlcus, dispepsia y náuseas. Hemorragia. Anemia ferropénica. Acúfeno	Insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, enfermedad intestinal inflamatoria, insuficiencia renal o hepática	Alergia conocida o hipersensibilidad al compuesto o a la aspirina u otros AINE y patologías asociadas (asma bronquial, urticaria, y angioedema) coagulopatías (incluidas terapias antitrombóticas), y úlcus péptico o hemorragia digestiva activa. Evitar en tercer trimestre de la gestación	C (D en tercer trimestre)

Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Categoría FDA
Diclofenaco	50-100 mg al inicio del dolor	50 mg/ 8 h	150 mg/día (repartida en 3 tomas)	Gastropatía erosiva, úlcus, dispepsia y náuseas. Hemorragia. Anemia ferropénica. Acúfeno	Insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, enfermedad intestinal inflamatoria, insuficiencia renal o hepática	Alergia conocida o hipersensibilidad al compuesto o a la aspirina u otros AINE y patologías asociadas (asma bronquial, urticaria, y angioedema), coagulopatías (incluidas terapias antitrombóticas), y úlcus péptico o hemorragia digestiva activa. Evitar en tercer trimestre de la gestación	C (D en tercer trimestre)
Domperidona	10 mg/ 8 h		60 mg diarios (repartida en 3 tomas)	Ansiedad. Diarrea. Somnolencia	Evitar en insuficiencia hepática moderada. Se recomienda no superar los 30 mg diarios en mayores de 60 años por aumentar riesgo de arritmia ventricular y muerte súbita	Alergia al fármaco y otras ortopiramidas. Feocromocitoma. Discinesia tardía por neurolepticos, prolactinoma. Patología digestiva grave (hemorrágica, obstructiva, inflamatoria o isquémica)	X
Eletriptán	20 mg/ día	40 mg/ día	80 mg/día (repartida en 2 tomas separadas al menos 2 h)	Opresión torácica, diaforesis, laxitud intensa	Evitar el uso concomitante con ergóticos, otro triptán, metoclopramida, inhibidores de la recaptación de la serotonina e IMAO (inhibidores de la monoamino oxidasa)	HTA no controlada, cardiopatía isquémica, antecedente de vasoespasmo coronario, enfermedad cerebrovascular (ictus y AIT), fallo hepático o renal. Migraña hemipléjica o con aura de troncoencefalo	C
Erenumab	70 mg sc/mes		140 mg sc/ mes	Reacción punto de inyección, estreñimiento, espasmos musculares	Patología cardiovascular activa	Patología cardiovascular activa	Sin datos, evitar durante el embarazo

Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Categoría FDA
Ergotamina	1 mg			Acroparestesias, HTA, IAM, fibrosis pleural y retroperitoneal, náuseas y vómitos, cefalea crónica		Evitar si factores de riesgo vascular Evitar su uso con fármacos que metabolice por el citocromo P450	X
Eslicarbazepina	400 mg/día	800 mg/día	1200 mg/día	Mareo. Diplopía y visión borrosa. Somnolencia. Hiponatremia	Interacciona con otros antiepilepticos, anticonceptivos orales y antagonistas de la vitamina K	Alergia a otras carboxamidas y bloqueo cardiaco auriculoventricular de segundo o tercer grado	C
Flunarizina	5 mg/día		10 mg/día	Sedación. Ganancia ponderal. Depresión. Parkinsonismo	Potencia el efecto sedante de alcohol y benzodiacepinas	Hipersensibilidad, depresión, Parkinson	C
Fremanezumab	225 mg sc mensual, 675 mg trimestral			Dolor lugar inyección, eritema, prurito	Patología cardiovascular activa	Patología cardiovascular activa	Sin datos, evitar durante embarazo
Frovatriptán	2,5 mg		5 mg/día (repartida en 2 tomas separadas al menos 2 h)	Opresión torácica, diaforesis, laxitud intensa	Evitar el uso concomitante con ergóticos, otro triptán, metoclopramida, inhibidores de la recaptación de la serotonina e IMAO (inhibidores de la monoamino oxidasa)	HTA no controlada, cardiopatía isquémica, antecedente de vasoespasmo coronario, enfermedad cerebral vascular (ictus y AIT). Fallo hepático o renal. Migraña hemiplejica o con aura de troncoencéfalo	C

Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Categoría FDA
Furosemida	20-80 mg/día, se puede repartir en varias tomas		480 mg/día (otras indicaciones)	Hipotensión, hiperuricemia, mareo, visión borrosa	Alergia a sulfamidas, hiperuricemia. Tratamiento con digoxina, IECA y litio	Hipersensibilidad, alergia a sulfonamidas, ins. suprarrenal, cirrosis, encefalopatía hepática, hipopotasemia, hipotensión	C
Gabapentina	300 mg/día	900 mg-2400/día (repartida en 3 tomas)	3600 mg/día (repartida en 3 tomas)	Mareo. Diplopía y visión borrosa	La absorción de gabapentina es reducida por los antiácidos. No interacciona con anticonceptivos orales	Alergia al fármaco o pregabalina. Se debe evitar en epilepsia generalizada y antecedentes de psicosis	C
Galcanezumab	120 mg sc mensual con dosis de carga de 240 mg			Dolor lugar inyección, estreñimiento, vértigo, reacción hipersensibilidad	Patología cardiovascular activa	Patología cardiovascular activa	Sin datos, evitar durante el embarazo
Ibuprofeno	600-1200 mg	600 mg/6-8 horas	2,4 gramos/día (repartida en varias tomas)	Gastropatía erosiva, úlcus, dispepsia y náuseas. Hemorragia. Anemia ferropénica. Acúfeno	Insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, enfermedad intestinal inflamatoria, insuficiencia renal o hepática	Alergia conocida o hipersensibilidad al compuesto o a la aspirina u otros AINE y patologías asociadas (asma bronquial, urticaria, y angioedema), coagulopatías (incluidas terapias antitrombóticas) y úlcus péptico o hemorragia digestiva activa. Evitar en tercer trimestre de la gestación	C (D en tercer trimestre)
Indometacina	25-50 mg/8 h	25-50 mg/8 h	200 mg/día (repartida en varias tomas)	Gastropatía erosiva, úlcus, dispepsia y náuseas. Hemorragia. Anemia ferropénica. Acúfeno	Insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, enfermedad intestinal inflamatoria, insuficiencia renal o hepática	Alergia conocida o hipersensibilidad al compuesto o a la aspirina u otros AINE y patologías asociadas (asma bronquial, urticaria, y angioedema), coagulopatías (incluidas terapias antitrombóticas) y úlcus péptico o hemorragia digestiva activa. Evitar en tercer trimestre de la gestación	C (D en tercer trimestre)

Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Cate-goría FDA
Ketorolaco	10 mg	10 mg cada 6 horas	40 mg/día oral 90 mg vía parenteral, repartida en varias dosis	Gastropatía erosiva, úlcus, dispepsia y náuseas. Hemorragia. Anemia ferropénica. Acúfeno	Insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, enfermedad intestinal inflamatoria, insuficiencia renal o hepática	Alergia, conocida o hipersensibilidad al compuesto o a la aspirina u otros AINE y patologías asociadas (asma bronquial, urticaria, y angioedema), coagulopatías incluidas terapias antitrombóticas) y úlcus péptico, o hemorragia digestiva activa. Evitar en tercer trimestre de la gestación	C (D en tercer trimestre)
Lacosamida	50 mg/12 h		400 mg/día, repartida en 2 tomas	Mareo. Diplopía y visión borrosa. Insomnio. Prurito. Flatulencia y náuseas	Interacciona con otros antiepilépticos	Alergia al producto, al cacahuete o la soja. BAV de segundo o tercer grado	C
Lamotrigina	25 mg diarios con aumento no antes de 2 semanas		600 mg/día, dividida en 2 tomas diarias	Erupción maculopapular (hasta en 10 %) con recuperación con la retirada del fármaco, pero en ocasiones se asocia a hipersensibilidad grave con edema facial, adenopatías, anomalías hepáticas y hemáticas	No reduce actividad anticonceptiva de anovulatorios	Hipersensibilidad al fármaco. Se recomienda no usar en epilepsia mioclónica por posibilidad de empeoramiento	C

Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Categoría FDA
Lidocaína				Locales irritativos a nivel cutáneo o mucoso con prurito, dolor, edema, o por la predisposición a presentar síncope en relación a la punción. Raramente puede existir necrosis tisular, alopecia, atrofia o cambio de coloración		Infiltración sobre craneotomía Alergia al compuesto Inyección intravenosa directa	B
Litio	400 mg/día	Mantener litemia entre 0,5-1		Temblor, hipotiroidismo, somnolencia, mareos, debilidad muscular	Múltiples interacciones farmacológicas incluyendo triptanes, antagonistas del calcio, anticonvulsivantes	Insuficiencia renal, deshidratación, enfermedad cardiovascular grave	D
Magnesio		400 mg/día (oral)			Alteración en el metabolismo del calcio	Insuficiencia renal aguda, miastenia gravis, coma diabético, enfermedad de Cushing	B
Melatonina	1 - 2 mg	4 mg		Somnolencia		Hipersensibilidad	
Mepivacaina				Locales irritativos a nivel cutáneo con prurito, dolor, edema, o por la predisposición a presentar síncope en relación a la punción. Raramente puede existir necrosis tisular, alopecia, atrofia o cambio de coloración		Infiltración sobre craneotomía. Alergia al compuesto. Inyección intravenosa directa	C



Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Categoría FDA
Metamizol	500-1000 mg	500 mg/6-8 h	6 g/día (repartida en 3-4 tomas)	Anafilaxia. Hipotensión en administración parenteral		Alergia al compuesto, pirazolonas o pirazolidinas. Antecedentes de agranulocitosis o enfermedad del sistema hematopoyético. Asma por analgésicos. Intolerancia a analgésicos por urticaria-angioedema. Porfiria hepática intermitente aguda. Deficiencia de G6PD	D
Metoclopramida	10 mg/8 h		60 mg diarios (repartida en 3 tomas)	Somnolencia, sedación, diarrea y los síntomas extrapiramidales y galactorrea por hiperprolactinemia	Precaución, sobre todo en presentación parenteral en mayores de 60 años o trastornos de conducción cardíaca o conjuntamente con fármacos que aumenten intervalo QT y en parkinsonismos. Evitar uso conjunto con fármacos anticolinérgicos, antidopaminérgicos y levodopa	Alergia al fármaco y otras ortoprámidas, feocromocitoma. Discinesia tardía por neurolepticos, prolactinoma, patología digestiva grave (hemorrágica, obstructiva, inflamatoria o isquémica)	B
Metoprolol	50 mg/día	100 mg/día	200 mg/día	Bradicardia, hipotensión, ortostatismo, mareo, depresión, astenia, alteración sexual	Precaución al asociar con otros fármacos con efectos sobre el ritmo cardíaco o tensión arterial. No combinar con antagonistas del calcio	Hipersensibilidad. Bradicardia, shock cardiogénico, hipotensión, ins. cardíaca, bloqueo de conducción, asma, broncoespasmo, feocromocitoma, acidosis metabólica	C
Mirtazapina	15 mg/día		45 mg/día	Somnolencia. Ganancia de peso. Visión borrosa. Constipación	Hipertrofia prostática. Glaucoma de ángulo estrecho, feocromocitoma, hipertiroidismo	Uso concomitante con IMAO y alergia al producto. IAM reciente y bloqueo de conducción cardíaca	C

Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Categoría FDA
Naproxeno sódico	550 mg	250– 550 mg cada 8 horas	1500 mg/día (repartida en en 3 tomas)	Gastropatía erosiva, úlcus, dispepsia y náuseas. Hemorragia. Anemia ferropénica. Acúfeno	Insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica, enfermedad intestinal inflamatoria, insuficiencia renal o hepática	Alergia conocida o hipersensibilidad al compuesto o a la aspirina u otros AINE y patologías asociadas (asma bronquial, urticaria, y angioedema), coagulopatías (incluidas terapias antitrombóticas) y úlcus péptico o hemorragia digestiva activa. Evitar en tercer trimestre de la gestación	C (D en tercer trimestre)
Naratriptán	2,5 mg		5 mg/día (repartida en 2 tomas separadas al menos 2 h)	Opresión torácica, diaforesis, laxitud intensa	Evitar el uso concomitante con ergóticos, otro triptán, metoclopramida, inhibidores de la recaptación de la serotonina e IMAO (inhibidores de la monoamino oxidasa)	HTA no controlada, cardiopatía isquémica, antecedente de vasoespasmo coronario, enfermedad cerebral vascular (ictus y AIT), fallo hepático o renal, Migraña hemipléjica o con aura de troncoencefalo	C
Octeotride		0,1 mg sc					D
Paracetamol	500 mg	1000 mg/ 6 h	Máximo 4 g/día, repartida en 4 tomas			Alergia al fármaco, hepatopatía severa y hepatitis vírica aguda	B (vía oral) C (iv)



Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Categoría FDA
Pregabalina	75 mg/ 12 horas		600 mg/día, dividida en 2 dosis.	Mareo. Diplopia y visión borrosa. Somnolencia. Ganancia de peso	Incrementa el efecto, sobre el sistema nervioso central del alcohol, benzodicepinas y analgésicos opioides. No interacciona con anticonceptivos orales	Alergia al compuesto o a gabapentina. Evitar en epilepsia mioclónica o mioclonías	C
Propranolol	20 mg	80- 160 mg (dividida en 2-3 tomas)	240 mg (dividido en 2-3 tomas)	Bradicardia, hipotensión, ortostatismo, mareo, depresión, astenia, alteración sexual	Al asociar con otros fármacos con efectos sobre el ritmo cardíaco o la tensión. No combinar con antagonistas del calcio	Hipersensibilidad. Bradicardia. Shock cardiogénico. Hipotensión. I. cardíaca. Bloqueo. Asma, broncoespasmo, feocromocitoma, acidosis metabólica	C
Rizatriptán	10 mg		20 mg/ día (dividida en 2 tomas separado al menos 2 horas)	Opresión torácica, diaforesis, laxitud intensa	Reducir a la mitad la dosis si tratamiento concomitante con propranolol y con dos horas de separación entre las tomas de ambos. Evitar el uso concomitante con ergóticos, otro triptán, metoprolol, inhibidores de la recaptación de la serotonina e IMAO (inhibidores de la monoamino oxidasa).	HTA no controlada, cardiopatía isquémica, antecedente de vasoespasmo coronario, enfermedad cerebral vascular (ictus y AIT). Fallo hepático o renal. Migraña hemipléjica o con aura de troncoencéfalo	C

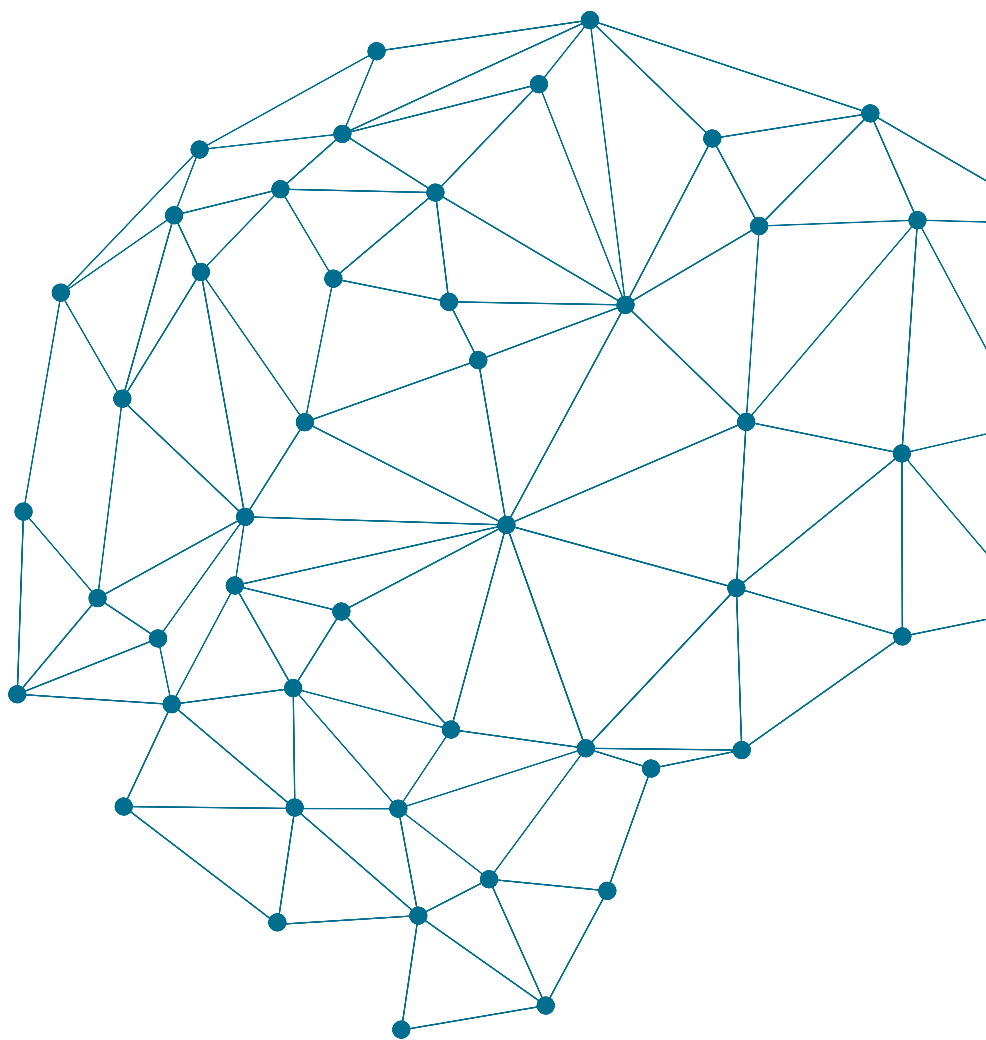
Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Cate-goría FDA
Sumatriptán	Oral 50-100 mg. Spray nasal 10 mg. Inyección sub-cutánea 6 mg		Oral: no superar los 300 mg/día (en dosis de 50-100 mg separadas al menos 2 horas). Spray nasal: no superar los 40 mg/día. Inyección sub-cutánea: máx. 12 mg/día. Divi-didas en 2 dosis separadas al menos 2 horas	Opresión torácica, diarrea, sequedad intensa Alergia al fármaco.	Evitar el uso concomitante con ergóticos, otro triptán, inhibidores de la recaptación de la serotonina e IMAO (inhibidores de la monoamino oxidasa)	HTA no controlada, cardiopatía isquémica, antecedente de vasoespasmo coronario, enfermedad cerebral vascular (ictus y AIT). Fallo hepático o renal. Migraña hemipléjica o con aura de troncoencéfalo	C
Topiramato	25 mg en noche	50 mg cada doce horas	500 mg/día. Divididos en dos dosis. Posibilidad de una sola toma diaria	Dispepsia, diarrea, sequedad de boca, disgeusia, pérdida de peso, anorexia, trastornos del lenguaje y alteración de la memoria. Evitar si antecedentes de depresión.	Disminuye el efecto de estro-genos y progestágenos a partir de 100 mg/día.	Alergia al fármaco. Profilaxis de migraña en embarazo. Se debe evitar en pacientes con riesgo de acidosis metabólica, porfiria y nefrolitiasis, así como uso concomitante con inhibidores de la anhidrasa carbónica. Alteraciones de la visión, como miopía y glaucoma	D
Toxina botulínica		Protocolo PREEMPT		Dolor local, cefalea, dolor cervical, debilidad muscular	Trastorno de la coagulación, enfermedad de la placa motora, inflamación local	Hipersensibilidad	C

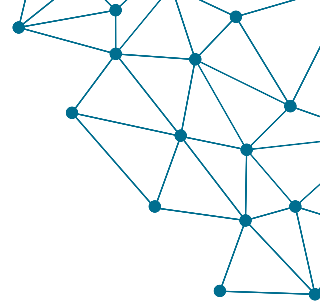


Fármaco	Dosis inicio	Dosis habitual	Dosis máxima	Efectos secundarios	Precauciones	Contraindicaciones	Categoría FDA
Valproato sódico	200 mg/8 h	500-1500 mg/día, la presentación normal en dos o tres dosis, las retardadas en una o dos dosis	2500 mg/día, la presentación normal en 2 o 3 dosis, las retardadas en 1-2 dosis	Nausea, dispepsia gástrica, diarrea, Aumento de apetito y de peso. Hiperramoniemia, Trombocitopenia, Caída del cabello, Baches amenorreicos y síndrome de ovario poliquístico		Hepatopatía activa, Antecedentes familiares de disfunción hepática grave. Porfiria Uso en mujer en estado fértil Evitar si antecedente de pancreatitis, sospecha de enfermedad mitocondrial, plaquetopenia y trastorno del ciclo de la urea	D X (para la indicación de migraña)
Verapamilo	80 mg	160-240 mg. Dividido en 2-3 tomas, según presentación	960 mg. Divididos en 2-3 tomas, según presentación	Hipotensión, edemas distales, bradicardia	Asociar con hipotensores o antiarrítmicos Aumenta toxicidad de Litio Aumenta niveles de CBZ, simvastatina, atorvastatina y lovastatina	Hipersensibilidad, ins. cardíaca, hipotensión, bloqueo cardíaco, Sd. WPW	C
Zolmitriptán	Oral 2,5 a 5 mg Aerosol nasal 5 mg		Oral: no superar 10 mg/día. Aerosol nasal: 10 mg. Divididos en 2 dosis, separadas al menos 2 horas	Opresión torácica, diaforesis, laxitud intensa	Evitar el uso concomitante con ergóticos, otro triptán, metoclopramida, inhibidores de la recaptación de la serotonina e IMAO (inhibidores de la monoamino oxidasa)	HTA no controlada, cardiopatía isquémica, antecedente de vasoespasmo coronario, enfermedad cerebral vascular (ictus y AIT). Fallo hepático o renal. Migraña hemiplejica o con aura de troncoencefalo	C
Zonisamida	25 mg/día	50 mg/día	500 mg diarios en una o dos tomas		No interacciona con anovulatorios	Alergia al producto o sulfonamidas. Insuficiencia hepática. Evitar si nefrolitiasis o con medicación que contribuya a acidosis metabólica e inhibidores de la anhidrasa carbónica	C

BIBLIOGRAFÍA:

- Alonso Torres AM, Sánchez Caballero FM, Sempere Fernández J. Anexo 1:Vademécum. En: González Oria C, Jurado C, Viguera J, editores. Guía oficial de Cefaleas 2019. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea; 2019,p. 256-77.





teva

 Allergan.

 Chiesi

Lilly

