

# Claves diagnósticas de las cefaleas

## Héctor Jairo Umaña Giraldo;

Médico Internista, Docente, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

## Diego Alejandro Medina Morales;

Médico General, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.  
Correo electrónico: alejo1287\_9@hotmail.com

## Luis Fernando Valladales Restrepo

Médico General, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

## Resumen

La cefalea es un síntoma muy común, afecta a casi todas las personas en algún momento de su vida. Es el quinto motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencias y un número importante de pacientes acude a la consulta ambulatoria por cefalea crónica. La población pediátrica y adolescente también se afecta. Una adecuada historia clínica y un completo examen físico permiten el abordaje diagnóstico y terapéutico. Identificar los factores desencadenantes y antecedentes personales es fundamental. La presencia de cefalea sumada a otros signos y síntomas como alteración del estado de conciencia, focalización neurológica, convulsiones, entre otros, debe alertar al médico. El presente artículo describe las características demográficas y semiológicas de las cefaleas, además aborda los signos de alarma o banderas rojas que obligan a descartar patologías de mayor compromiso.

**Palabras clave:** Cefalea; Desordenes migrañosos; Cefalea tipo tensional; Hemorragia subaracnoidea; Neoplasias cerebrales; Trombosis de senos intracraneales.

## Diagnostic keys of the headache

## Abstract

Headache is a very common symptom, affecting nearly everyone at some point in their lives. In fact it is the fifth most common reason for consultation in the emergency room and a significant number of patients demand assistance at the ambulatory care clinic for chronic headache. The pediatric and adolescent population is also affected. An adequate medical history and physical examination allow a full diagnosis and therapeutic approach. Identifying the triggering facts and personal history is essential. The presence of sick headache combined with other signs and symptoms such as altered state of consciousness, neurological focalization, and seizures, among others, should alert physicians. This article describes the demographic and semiological features of headaches; it also addresses the warning signs or red flags that force dismissal of more serious pathologies.

**Key words:** Headache; Migraine Disorders; Tension-Type Headache; Subarachnoid Hemorrhage; Brain Neoplasms; Sinus Thrombosis-Intracranial.

Recibido : 23-07-2012.

Aceptado : 16-11-2012.

## Introducción

La cefalea es una queja muy frecuente en la población general, se estima que el 99% de las personas padecen este síntoma durante su vida (1). En Colombia la prevalencia es cercana al 10%, y representa entre 1-16% de motivos de consulta en los servicios de urgencias (1). En los Estados Unidos es el quinto motivo de consulta en el área de urgencias y un número significativo de pacientes acude a la consulta ambulatoria por cefalea crónica (2). Diversas clasificaciones han surgido, la mayoría de ellas son complejas, no obstante, actualmente se usa la segunda edición de la clasificación internacional de las cefaleas, (ICHD-2 *International Classification of Headache Disorders*, 2da edición), la cual está constituida por 3 partes, la primera de ellas hace referencia a las cefaleas primarias, plantea extensas divisiones y criterios para diferentes tipos de migraña, cefalea tensional, clúster, cefaleas autonómicas trigeminales, y otras tantas cefaleas primarias; la segunda parte se refiere a las cefaleas secundarias, donde se incluye aquellas atribuibles a trauma, trastornos vasculares, infecciones, trastornos intracraneales no vasculares, a sustancias, desordenes de homeostasis, entre otras; y la tercera parte y no menos importante, aborda las neuralgias craneales (3).

La cefalea puede ser un síntoma aislado o manifestación de trastornos graves. Las características clínicas de presentación, los síntomas acompañantes, las comorbilidades, el examen físico, entre otros, pueden orientar al diagnóstico etiológico. Epidemiológicamente, la cefalea tensional es de gran relevancia, pues al menos el 95% de mujeres y el 90% de hombres experimentan un episodio durante su vida (4). La cefalea tipo migraña se caracteriza por ser una enfermedad crónica con ataques agudos, y cuya severidad limita las actividades cotidianas. Uno de cada cuatro hogares tiene al menos un miembro de la familia que sufre de migraña (5), se estima que el 18% de las mujeres y el 6% de hombres padecen esta enfermedad (5). La cefalea crónica diaria merece especial atención, pues afecta la calidad de vida del paciente en forma importante, además la etiología subyacente, puede incluir patologías como tumores, hematoma subdural, postrauma, entre otras (5). Algunas entidades como, hemorragia subaracnoidea, tumores, meningitis, trombosis de senos venosos, requieren un conocimiento apropiado de sus manifestaciones clínicas, pues el diagnóstico temprano es fundamental en casos como estos que implican alta gravedad y mortalidad.

Contrario a lo comúnmente pensado, la cefalea también es frecuente en niños y adolescentes. La migraña y la cefalea tensional son las causas más frecuentes en estos grupos de edad, no obstante, la cefalea asociada a tumor intracerebral debe considerarse en todo caso (6, 7).

Una historia clínica adecuada, donde se aborde cada uno de sus componentes, y un examen físico apropiado permiten interpretar un motivo de consulta más que frecuente, las cefaleas. La identificación de factores desencadenantes, en todo caso de cefalea aguda o crónica, es un paso fundamental

en el manejo del dolor, pues esto puede disminuir el uso de medicamentos de rescate y profilácticos (8). La presencia de signos de alarma, o las llamadas banderas rojas, debe alertar al médico, sobre la posibilidad de trastornos que revisten alta morbilidad (5). El presente artículo, busca familiarizar al personal médico con un motivo de consulta frecuente en la práctica diaria, la descripción de las características demográficas y semiológicas de las cefaleas, así como de los signos de alarma, brindarán elementos para la aproximación diagnóstica adecuada al caso particular de cada paciente

### Historia clínica

El adecuado y completo desarrollo de cada uno de los elementos que componen la historia clínica es un paso sumamente importante en el abordaje del paciente con cefalea. Cada elemento aporta datos que en conjunto pueden aclarar el diagnóstico etiológico o causa de la queja del paciente. El examen físico resulta fundamental en casos agudos y subagudos, sin embargo, puede ofrecer importante información en casos crónicos. La historia clínica constituye un pilar básico en el enfoque diagnóstico del paciente con cefalea, por esta razón, debe realizarse en forma detallada.

### Anamnesis

#### 1. Género

Algunos tipos de cefalea tienen predominio por género. Las cefaleas que presentan una relación mujer: hombre, a favor del género femenino incluyen: desordenes de la articulación temporomandibular (ATM) (6:1) (9), glaucoma (4:1) (10) migraña (3:1) (11), trombosis de senos venosos (3:1) (12) arteritis de la temporal (2:1) (13), cefalea crónica diaria (2:1) (14) neuralgia del trigémino (2:1) (13, 15). Por su parte la cefalea tipo clúster (también llamada horton, histaminica, en racimos o en salvas) predomina en hombres (6:1) (15).

#### 2. Edad de inicio o de presentación

Algunas cefaleas se presentan con mayor frecuencia en ciertos grupos de edad. Otras como la migraña, pueden afectar a cualquier persona, contrario a lo comúnmente pensado, la posibilidad de desarrollar migraña de nuevo inicio después de los 60 años es cercana al 2% y más de la mitad de los pacientes con historia personal de migraña continúan presentando crisis después de los 65 años (13). La cefalea tumoral se presenta más frecuentemente en los extremos de la vida (16-18). Por otra parte, la arteritis de la temporal se manifiesta clásicamente en mayores de 50 años (13, 19), al igual que la cefalea asociada a neuralgia del trigémino (15). La migraña y la cefalea tensional son las causas más frecuentes en niños y adolescentes (6, 7, 11, 16, 20). La trombosis de senos venosos también puede presentarse durante la niñez (21). En individuos entre los 15 y 50 años de edad, puede encontrarse distintos tipos de cefalea, tal como, migraña (11, 22), tensional (20), clúster (22), secundario al uso de anticonceptivos orales (23), trombosis de senos venoso (21), desórdenes de la ATM (24), entre otras.

#### 3. Localización del dolor

El dolor periorbitario es frecuente en presencia de problemas oculares (glaucoma (13, 25), uveítis (26), y neuritis óptica

(27)), cefalea clúster (22, 28, 29), hemicránea paroxística (22, 28) y el dolor irradiado de la ATM (24). La migraña se presenta con mayor frecuencia en región frontal y/o temporal, y puede cambiar de lateralidad entre las crisis (30). La rinosinusitis compromete en forma característica la región frontal y generalmente se acompaña de dolor en cara, dientes u oídos (27, 31, 32). La cefalea de predominio occipito-cervical o en banda o global es característica de la tipo tensional (18, 20). La cefalea descrita como global también se presenta en meningitis (17), hemorragia subaracnoidea (13, 17,) y hematoma subdural (13). El dolor de la cefalea de la arteritis de la temporal predomina en región temporal y occipital (13), sin embargo, a diferencia de lo que su nombre indica, puede ocurrir en cualquier parte de la cabeza y no necesariamente sobre el territorio de la arteria temporal (5). Las divisiones del nervio trigémino se afectan con distinta frecuencia: la rama maxilar (V2) está afectada en dos tercios de los pacientes, la mandibular (V3) en la mitad de ellos, y la rama oftálmica en la sexta parte. La neuralgia del trigémino nunca afecta la distribución de V1 y V3 sin también afectar el territorio V2 (33).

Algunas cefaleas descritas como unilaterales incluyen la migraña en las dos terceras partes de pacientes (22, 29, 30, 34), clúster (22, 35), glaucoma (13, 25), neuralgia del trigémino (13,15, 17, 34), desordenes de la ATM (24), enfermedades locales de ojo (27), arteritis de la temporal (13) y hemicránea paroxística (35).

Aquellas cefaleas cuyo dolor se localiza en forma bilateral incluyen la cefalea tensional (13, 20, 28, 36, 37), migraña (en la tercera parte de pacientes) (20, 38), arteritis de la temporal (13), hemorragia subaracnoidea (13, 17), cefalea debida a tumor (13, 15, 17), meningitis (17), hematoma subdural (13) y rinosinusitis (31, 32).

#### 4. Tiempo de instalación, evolución y duración del dolor

La neuralgia del trigémino se caracteriza por dolor de inicio súbito, de máximo 2 minutos de duración (5, 33); en pacientes jóvenes, menores de 50 años, es secundaria a condiciones como esclerosis múltiple (5). La neuralgia trigeminal afecta solo un lado de la cara. El dolor que afecta ambos lados en forma simultánea no es debido a neuralgia del trigémino (33).

La cefalea tipo clúster ocurre por 4-8 semanas, una o dos veces al año. La duración del dolor típicamente es de 30 minutos a 2 horas, con promedio de 45 minutos, puede ocurrir entre uno y tres episodios diarios, pero al menos uno de ellos ocurre típicamente a la misma hora del día, por lo que se dice que es una cefalea que **“tiene reloj”**. El síndrome de Horner puede presentarse durante los ataques y persistir entre ellos (5). La trombosis de senos venosos puede evolucionar súbitamente o en un par de días (21). El Cuadro 1, relaciona el tiempo de instalación y evolución, mientras que el Cuadro 2 distingue la duración del dolor con distintos tipos de cefaleas.

#### Cuadro 1. Tiempo de instalación y evolución.

Relación Temporal	Cefalea Asociada
Inicio Súbito: En minutos	Hemorragia subaracnoidea (18), hemorragia intracerebral (18) meningitis (39), trombosis de senos venosos (18)
Cefalea de semanas-meses	Tumoral (20), hematoma subdural (13), hidrocefalia (27), arteritis de la temporal (19), enfermedades oculares (27), por anticonceptivos orales (23, 40)
Cefalea crónica*	Migraña (22, 30, 34), tensional (18, 20, 36), clúster (22, 30, 35), neuralgia del trigémino (13, 15, 17, 34), desordenes de ATM (24)

\*Las cefaleas crónicas, se caracterizan por tener episodios frecuentes de agudización.

#### Cuadro 2. Duración del dolor.

Duración del Dolor	Cefalea
Segundos	Neuralgia del trigémino (< 2 minutos) (33)
Minutos	Clúster (15-180 minutos) (22), hemicránea paroxística (2-30 minutos) (28)
Horas-Días	Migraña (< 72 horas) (22, 30, 34), cefalea tensional (30 min-7 días) (18, 23, 36)
Constante	Tensional, tumoral avanzada (43, 44), hematoma subdural crónico (13, 44).

La hemorragia subaracnoidea ocurre más frecuentemente en horas de la madrugada y la mañana (13). Otras cefaleas de predominio matutino son: desordenes de la ATM (24), apnea obstructiva del sueño (41) e hipotensión postural (42). La cefalea tumoral es de predominio nocturno al inicio de su presentación (13).

#### 5. Características del dolor

El carácter del dolor es una propiedad semiológica que siempre debe ser indagada, pues muchas entidades tienen particularidades al respecto que son de utilidad al momento de establecer el diagnóstico. La cefalea tipo pulsátil es descrita clásicamente en la migraña (22, 30, 34), arteritis temporal (17), meningitis (17), y en la cefalea post punción lumbar (45). El carácter opresivo se relaciona con la cefalea tensional (13, 20, 28, 36, 37), aquella secundaria a tumores (13, 15), y la cefalea post punción lumbar (45). La “sensación de corrientazo”, típicamente describe la neuralgia del trigémino (13, 15, 17, 34). El dolor descrito como “apuñalamiento o perforación” se asocia a cefalea clúster (22, 29, 35) y hemicránea paroxística (22, 35). El carácter sordo está relacionado con cefalea tumoral (17), arteritis temporal (17), desordenes de la ATM (24) y la asociada a rinosinusitis (31, 32).

## 6. Desencadenantes y agravantes

Los episodios migrañosos son desencadenados por el ciclo menstrual (5, 30), anticonceptivos orales combinados (AOC) (23, 40), alcohol (27) especialmente vino rojo (5), hábito de sueño y alimentación irregular (5) y algunos alimentos como café, chocolate, queso y carnes procesadas (5). La supresión de estos alimentos de la dieta no disminuye la frecuencia de los episodios.

La cefalea tipo clúster es empeorada por bebidas alcohólicas y medicamentos vasodilatadores (22, 35). El ejercicio, coito y las maniobras de valsalva pueden desencadenar hemorragia intracerebral y subaracnoidea (18). La cefalea tipo tensión es precipitada por estrés emocional, físico y por la falta de sueño (13, 37). La cefalea causada por meningitis empeora con el movimiento (17).

El roce de la piel, lavado de dientes y la masticación pueden desencadenar la neuralgia del trigémino (13,15, 17, 34). El dolor de la ATM es precipitado por bostezos, la masticación e incluso al hablar (24). La cefalea tumoral se agrava con los cambios de posición, al acostarse o al levantarse de la cama (13), y con las maniobras de valsalva (15).

## 7. Síntomas concomitantes

Los síntomas concomitantes tienen gran valor en el desarrollo de la historia clínica, las diferentes causas de cefalea, tienen particularidades que brindan apoyo al momento del diagnóstico clínico. El Cuadro 3 relaciona causas específicas de cefalea con los síntomas concomitantes.

Durante el embarazo el 50-80% de pacientes con antecedente de migraña, presentan mejoría de su cuadro clínico. Ha sido descrito que el sueño actúa como atenuante en casos de cefalea tensional y migraña (47).

### Claves diagnósticas

**Migraña:** La migraña tiene una duración máxima 72 horas, es incapacitante y usualmente se acompaña de náusea y/o vómito. La cefalea tipo migraña que tiene una duración mayor a 72 horas hace diagnóstico de status migrañoso y requiere intervención médica urgente. Algunos datos que tienen gran valor en la historia clínica incluyen el inicio en la niñez y el antecedente familiar de migraña (22, 30, 34, 38).

**Cefalea tensional:** La cefalea tensional a diferencia de la migraña no es incapacitante y no cursa con vómito. El examen físico no muestra signos de focalización (13,23, 28, 36, 37).

**Cefalea clúster:** La mayor parte de los episodios de cefalea clúster ocurren durante la noche. Se describe como una cefalea que parece que *“tuviera reloj”*, pues al menos un episodio ocurre o despierta al paciente casi a la misma hora cada día. Este tipo de cefalea es unilateral y generalmente afecta el mismo lado de la cabeza, su intensidad lleva a que el paciente se encuentre inquieto y tienda a golpearse contra las paredes (5, 22, 29, 35).

**Rinosinusitis:** La presencia de hiposmia-anosmia y cefalea de predominio frontal que empeora con los cambios de posición de la cabeza es característica de esta entidad (27, 32).

**Cuadro 3.** Síntomas concomitantes.

Cefalea	Concomitantes
Migraña	Incapacitante, aura visual (25%), náuseas, emesis, fotofobia, fonofobia, (17, 22, 30) parestesias en dedos y cara, hemiparesia, afectación de pares craneales (uno o más pares oculomotores), disartria, ataxia, y vértigo (13)
Tensional	Ausencia de náuseas y vómito. Puede tener fotofobia o fonofobia (28, 36, 37) Inyección conjuntival y/o lagrimeo ipsilateral, congestión nasal y/o rinorrea, edema palpebral, sudoración frontal o facial, miosis y/o ptosis, sensación de inquietud o agitación motora (17, 22, 28, 29, 35)
Clúster	Congestión- secreción nasal purulenta, hiposmia-anosmia, dolor facial, otalgia, fiebre, dolor al inclinarse hacia adelante, tos, halitosis, fatiga, y dolor dental (27, 32)
Rinosinusitis	Alteraciones visuales, claudicación mandibular, pérdida de peso, anemia, fiebre inexplicable, dolor de cuello y hombros (15)
Arteritis de la Temporal	Visión borrosa, halos alrededor de las luces, pérdida unilateral de la visión, náuseas y vómito (13, 25, 27)
Glaucoma	Deterioro cognitivo, cefalea, fiebre, rigidez nuchal, náuseas, emesis, fotofobia, fonofobia (17, 39)
Meningitis	Cambios mentales o funcionales (13)
Hematoma subdural	Alteración del estado de conciencia, náuseas, emesis, fotofobia, fiebre, síncope, convulsiones (13, 17)
Hemorragia subaracnoidea	Dolor de oído, limitación del movimiento, tinnitus, mareos, dolor de cuello y cefalea (28, 46).
Desordenes de ATM	Vómito, alteraciones mentales (13), diplopía, ataxia y convulsiones (27)
Neoplasia	Ronquidos, apnea nocturna descrita por el compañero de cama o habitación, somnolencia diurna, sueño no reparador, y fatiga (41)
Apnea obstructiva del sueño	Al levantarse o ponerse de pie: fatiga, vértigo, mareos, debilidad; dolor cervical y de hombros (42).
Hipotensión postural	Se asocia a síntomas neurológicos focales. Las convulsiones están presentes hasta en el 40% de los pacientes (21)
Trombosis de senos venosos	

La sinusitis que afecta los senos etmoidal y esfenoidal puede irradiarse al occipucio. La sinusitis esfenoidal puede ser difícil de diagnosticar, debido a que los senos esfenoidales no se comunican directamente con la nariz, estos pacientes pueden experimentar cefalea sin otros síntomas asociados típicos, se ha comprobado que el compromiso de este seno paranasal aumenta el riesgo de meningitis (5).

**Hipotensión de líquido cefalorraquídeo (postpunción lumbar) o hipotensión arterial postural:** La cefalea postpunción lumbar se presenta hasta cinco días después del procedimiento. El dolor se agrava cuando el paciente está de pie o se sienta, y mejora o desaparece cuando el paciente adopta la posición decúbiteo (27, 45).

**Arteritis de la temporal:** Típicamente afecta a personas mayores de 50 años. La cefalea asociada a este desorden sistémico no se limita de manera particular al territorio de la arteria temporal, pudiendo afectar cualquier región de la cabeza (5).

**Desordenes de ATM:** Los pacientes con desordenes de la ATM se presentan con dolor, asimetría o limitación en el movimiento mandibular y sonidos en la ATM. El dolor puede irradiarse a oreja, región periorbitaria y temporal, ángulo de mandíbula y frecuentemente a la parte posterior del cuello. Al inicio de su presentación se describe como dolor facial unilateral. Junto con la limitación del movimiento, a menudo existe, desviación hacia el lado afectado de la mandíbula durante la apertura y un “clic” en la articulación. Estos síntomas son peores en la mañana, sobre todo en pacientes quienes aprietan o rechinan los dientes durante el sueño (24).

**Trombosis de senos venosos:** Una adolescente que ha tenido cefalea los últimos días, después de iniciar anticoncepción oral; una mujer que ha tenido crisis convulsivas en el posparto inmediato; y un hombre en estado de coma con una pupila dilatada en la sala de urgencias pueden tener trombosis de senos venosos. Por lo general, el dolor aumenta gradualmente a lo largo de un par de días, pero también puede comenzar en una fracción de segundo, simulando una hemorragia subaracnoidea. La trombosis infecciosa del seno cavernoso se caracteriza por cefalea, fiebre, y síntomas oculares, tales como edema periorbitario, proptosis, quemosis, y parálisis de los movimientos de los ojos debido al compromiso del oculomotor, abductor, o nervio troclear (21). El síntoma más frecuente pero menos específico de la trombosis de senos venosos es la cefalea severa, presente en más del 90% de pacientes adultos. Las convulsiones son limitadas y focales en el 50% de estos pacientes, pero pueden generalizarse a estatus epiléptico (21).

**Cefalea tumoral:** La cefalea tumoral está asociada a hallazgos neurológicos en el 85% de casos a las 8 semanas después del inicio de la cefalea (20). Se asocia con frecuencia a vómito, alteraciones mentales, diplopía, ataxia y convulsiones (13, 27).

**Hemorragia subaracnoidea:** Debe ser sospechada en pacientes quienes presenten cefalea de inicio súbito, acompañada de náuseas, emesis, dolor de cuello, fotofobia

y pérdida de conciencia. El examen físico puede revelar hemorragias retinianas, meningismo, disminución en el nivel de conciencia y focalización neurológica. En los servicios de urgencias el diagnóstico de HSA es omitido en el 50% de casos, siendo confundido con migraña y la cefalea tensional en la mayoría de estos (48).

## 8. Antecedentes personales

### • Médicos

Patologías como feocromocitoma (49), enfermedad renal crónica (27), hipertiroidismo (50), trasplante de órganos (5), hipertensión maligna (51), epilepsia (52) lupus eritematoso sistémico (27), poliarteritis nodosa (27), y anemia (27) (por ejemplo secundaria a uncinariasis), se asocian con frecuencia a cefalea.

### • Farmacológicos

**Anticonceptivos Orales Combinados (AOC):** El uso de AOC predispone a trombosis de senos venosos (21), se ha descrito que su uso aumenta la incidencia de migraña, siendo esta 10 veces más frecuente en mujeres que inician anticoncepción oral (47), no obstante, el uso continuo por largo tiempo tiende a mejorar o disminuir este síntoma (23, 40).

**Dinitrato de Isosorbide:** Causa cefalea severa debido a su mecanismo de acción vasodilatador (5, 13).

**Calcioantagonistas:** Pueden precipitar cefalea clúster (5).

**Cafeína:** Se asocia a cefalea crónica diaria y migraña (5). Los medicamentos que contienen cafeína son de utilidad en el manejo de cefaleas agudas, sin embargo su uso a largo plazo y suspensión abrupta puede producir síndrome de abstinencia manifestado como cefalea y fatiga (27).

**Vitamina A y terapia de reemplazo hormonal:** Están asociados con migraña (5).

**Nitratos, minoxidil, hidralazina, prazosin y nifedipino:** Actúan como agravantes en casos de migraña y cefalea clúster (5,13).

**Warfarina, dabigatran, y rivaroxaban:** Son medicamentos anticoagulantes cuyo uso pueden causar hemorragia intracerebral (53).

### • Traumáticos

Se define la cefalea postraumática como aquella que inicia una semana después del trauma o en la semana después de recobrar la conciencia. Se asemeja generalmente a la cefalea tensional o a la migraña (54); su presencia obliga a descartar la presencia de hematoma subdural (13). El diagnóstico diferencial incluye la cefalea crónica diaria (44).

### • Quirúrgicos

La punción lumbar es causa frecuente de cefalea. Esta se produce dentro de los cinco días siguientes al procedimiento y empeora cuando el paciente se sienta o se pone de pie (28, 45).

### 9. Antecedentes familiares

El 60% de paciente con migraña tienen antecedentes familiares (5, 30). Los pacientes con historia en familiares en primer grado de hemorragia subaracnoidea tienen más riesgo de presentar la patología (13).

### 10. Historia social

Factores estresantes físicos y/o psicológicos agravan la **cefalea tensional** (13, 37). El abuso de alcohol empeora la **cefalea clúster** (22, 27, 35) y **migraña** (5, 27). El consumo excesivo de café se asocia a **cefalea crónica diaria y migraña** (27). La alteración de los patrones alimentarios y de sueño empeora la **migraña** (5, 17).

El consumo habitual de sustancias psicoactivas: Benzodiazepinas, cocaína, heroína, solventes, pueden inducir nuevas cefaleas; el 95% de las personas presenta cefalea después del consumo de la sustancia. En el 80% de casos el dolor es bilateral y puede acompañarse de otros síntomas como: fonofobia (74%), fotofobia (45%), náuseas (29%) y vómito (14%) (55).

### 11. Examen físico

El examen físico, como parte de la historia clínica, resulta fundamental en el paciente consultante por cefalea. La

alteración de signos vitales constituye un signo de alarma y como tal debe ser abordado. Los datos clínicos que aporta el examen físico son de especial valor en casos agudos y subagudos, sin embargo, la información obtenida en casos crónicos, goza igualmente de relevada importancia. A continuación, el Cuadro 4 resume posibles alteraciones al examen físico.

#### Cefalea crónica diaria

Se define como aquella que se presenta durante 15 o más días al mes, por más de 3 meses (61). Su prevalencia en el adulto es del 4% y en niños del 1,2% (62). La relación mujer: hombre es de 2:1 (14). La cefalea crónica diaria genera gran discapacidad, afectando la salud física y mental de la población afectada, lo cual repercute directamente sobre la calidad de vida en las áreas personal, laboral, y familiar (61). Los factores de riesgo para este tipo de cefalea incluyen: obesidad, historia de cefalea frecuente (más de un episodio por semana), consumo de cafeína y uso excesivo de analgésicos (por más de 10 días al mes) (44, 61). Basados en la duración de cada episodio, puede clasificarse tal como se muestra a continuación, Cuadro 5.

Otras causas de cefalea crónica diaria incluyen tumores, postrauma, hematoma subdural, arteritis de la temporal, y desordenes de la ATM (44).

Cuadro 4. Examen físico.

Signos Vitales	
Hipertensión arterial	Taquicardia
Crisis hipertensiva (51) y feocromocitoma (49).	Hipertiroidismo (50) feocromocitoma (49).
Fiebre	
Meningitis (13, 39), rinosinusitis (27, 32), arteritis de la temporal (15), o hemorragia subaracnoidea (13, 17).	
Examen de Cráneo, Cabeza y ORL	
Inspección	Palpación
<b>Alteración de conciencia</b>	Meningitis (13, 17, 39), hemorragia subaracnoidea (13, 17) y trombosis de senos venosos (21).
<b>Anormalidades pupilares</b>	Glaucoma (13), trombosis de senos venosos (21), clúster (22, 28, 35), uveítis (26) y neuritis óptica (56).
<b>Fondo de ojo (Papiledema)</b>	Emergencia hipertensiva (57), hipertensión endocraneana (44, 58) y meningitis (59).
<b>Escurrecimiento posterior</b>	Rinosinusitis (27, 32).
<b>Rigidez nucal</b>	Meningitis (57-92%) (60), hemorragia subaracnoidea (21-86%) (60), hemorragia intracerebral drenando a ventrículos, cefalea post punción lumbar (45).
<b>Arteritis de la temporal</b>	Tortuosidad o eritema sobre el territorio de la arteria temporal (5).
<b>ATM</b>	Limitación del movimiento, desviación de la mandíbula durante la apertura, y un "clic" en la articulación (46).
<b>Signos de focalización</b>	ECV*, HSA**, masa intracerebral (43), trombosis de senos venosos (21) y meningitis (39).

\*ECV: Enfermedad cerebrovascular; \*\*HSA: Hemorragia subaracnoidea.

La migraña transformada se caracteriza por cefalea diaria o casi diaria, mayor a 4 horas por día cuando no se ha instaurado tratamiento, el paciente en general, tiene historia personal de migraña episódica que en los últimos 3 meses ha aumentado de frecuencia e intensidad (61). La mayoría de los pacientes con migraña transformada o con cefalea por uso excesivo de medicamentos son mujeres y tienen historia de migraña episódica desde la adolescencia; con frecuencia relatan un periodo de transformación que se produce durante meses o años en donde la cefalea se hace más frecuente, hasta convertirse a un patrón diario o casi diario que clínicamente se asemeja a una combinación de cefalea tensional y migrañosa (43, 44, 61).

**Cuadro 5.** Clasificación cefalea crónica diaria.

> 4 horas (Prolongado)	< 4 horas (Breve)
Migraña transformada o crónica (2%)	Cefalea clúster (0,4%)
Cefalea tensional crónica (2%)	Cefalea hípica (0,07%)
Cefalea por uso excesivo de medicamentos (1,4%)	Hemicránea paroxística (rara)
Cefalea nueva diaria persistente (rara)	SUNCT (rara)
Hemicránea continua (rara)	

Tomado y Modificado de Dodick (61).

La cefalea tensional crónica, segunda en prevalencia, se caracteriza por durar horas o ser continua, bilateral, opresiva, no agravada con la actividad física y sin síntomas concomitantes de fotofobia, fonofobia o vómito (61).

El uso excesivo de medicamentos puede producir cefalea crónica diaria caracterizada por al menos 15 días de dolor al mes y marcado empeoramiento del dolor cuando se usa la medicación. La cefalea puede revertirse al patrón original (< 15 días por mes) o incluso resolverse dentro de los 2 meses siguientes a la suspensión del medicamento (61).

El abuso de analgésicos se define como el uso de: derivados del ergot, triptanes, opioides y analgésicos combinados: (acetaminofén-cafeína; acetaminofén-codeína) durante más de 10 días al mes; o el consumo de analgésicos simples (acetaminofén) por más de 15 días al mes (61). El 80% de las migrañas transformadas se debe a medicamentos. Los fármacos principalmente implicados son: la combinación aspirina-acetaminofén-cafeína, opioides, ergotamina o triptanes (13, 61). Los anti-inflamatorios no esteroideos tienen bajo riesgo para inducir cefalea por uso excesivo de medicamentos y a menudo se usan como tratamiento (61).

La cefalea clúster crónica y la hemicránea paroxística crónica tiene las características clínicas de las cefaleas episódicas, no obstante a diferencia de éstas, los ataques se repiten durante más de 1 año sin periodos de remisión o con periodos de remisión menores a 1 mes (61).

Existe una serie de cefaleas que por su baja prevalencia no serán discutidas en el presente artículo, entre ellas, la cefalea nueva diaria persistente, cefalea hemicránea continua, cefalea hípica y SUNCT.

#### **Banderas rojas para cefaleas o signos de alarma**

La presencia de banderas rojas, debe alertar al médico y obliga a descartar patologías de mayor compromiso como hemorragia subaracnoidea o intracerebral, neoplasias, meningitis, sinusitis, trombosis de senos venosos, crisis hipertensivas, enfermedad cerebrovascular, arteritis de la temporal, entre otras (28, 43, 53, 59, 61, 63). El Cuadro 6 describe los signos de alarma.

La cefalea de nuevo inicio que aparece en individuos mayores de 50 años debe sugerir la posibilidad de arteritis de la temporal o masa intracraneal (28, 59). Es importante resaltar que aquella cefalea de novo, cuyo inicio es en forma súbita generalmente indica un trastorno vascular tipo hemorragia subaracnoidea, hemorragia intracerebral, malformación arteriovenosa (43), disección aortica, trombosis de senos venosos, apoplejía pituitaria o emergencia hipertensiva (28) (59). Característicamente la cefalea desencadenada por maniobras de valsalva es debida a hemorragia subaracnoidea o neoplasia intracerebral (28, 43). El antecedente de un empeoramiento en el patrón de la cefalea, sugiere cefalea tumoral, hematoma subdural, cefalea por abuso de medicamentos u otros tipos de cefalea crónica diaria (43, 59).

En la sección de antecedentes se encuentran otras banderas rojas para cefaleas como, el empeoramiento con los cambios de posición, lo cual sugiere hipotensión de líquido cefalorraquídeo (43). La cefalea que ocurre posterior a trauma es debida a hemorragia intracraneal, hematoma subdural, hematoma epidural, o cefalea postrauma (43). En el paciente inmunosuprimido (VIH/SIDA), el desarrollo de cefalea requiere atención especial, pues con frecuencia se debe a infecciones oportunistas como criptococosis, toxoplasmosis, absceso cerebral o meningitis (18, 43). En las personas con cáncer quienes presentan cefalea de novo, se debe sospechar metástasis a sistema nervioso central (SNC) (18, 28), los tumores que con más frecuencia se diseminan a SNC son melanoma, cáncer de pulmón y cáncer de mama (13.). En niños y adolescentes las neoplasias de SNC comprenden el 15-20% de todas las malignidades, siendo las segundas en frecuencia después de las leucemias; las manifestaciones clínicas incluyen cuadros de menos de 6 meses de evolución (64). La cefalea durante el embarazo o postparto debe alertar sobre la posibilidad de trombosis de senos venosos, disección carotídea o apoplejía pituitaria (43).

**Cuadro 6.** Banderas rojas para cefaleas.

Historia Clínica	Examen Físico
Edad mayor de 50 años (28, 59, 61, 63)	Signos vitales anormales (28)
Cefalea de novo que inicia súbitamente (28, 43, 53, 59, 61, 63)	Fiebre (28, 43, 53, 59, 61, 63)
Inicio durante el ejercicio, el coito o el sueño (28, 43)	Cambios en el estado mental (53, 63)
C e f a l e a p e r s i s t e n t e m e n t e unilateral (29, 63)	Papiledema (43, 53, 59, 61, 63)
Cefalea inducida por maniobras de Valsalva (28, 53, 61)	Rigidez de nuca (28, 53, 59, 63)
Cefalea que ha cambiado de intensidad, frecuencia y duración (59) (53, 63) en un periodo de 3 meses. (61)	Parálisis de pares craneales (61, 53)
Cefalea agravada por cambios de posición (28, 43, 53, 61)	Déficit visual (43, 53)
Cefalea de reciente inicio en pacientes con cáncer o SIDA (28, 43, 53, 59, 63)	Ataxia (53)
Antecedente de trauma craneal reciente (43, 53, 59)	Signos de focalización (43, 53, 59, 61, 63)
Anticoagulación (53)	Síndrome de Horner (53)
Convulsiones (28, 53, 63)	Rash (43, 53, 59)
Cefalea que no responde al tratamiento (28, 63)	
Cefalea crónica diaria (63)	
Cefalea durante el embarazo o post parto. (43)	

Ciertos hallazgos al examen físico se relacionan con banderas rojas, algunos de ellos son la presencia de papiledema, lo cual puede ser debido a emergencia hipertensiva, hipertensión endocraneana o meningitis (44, 57-59); por otra parte, la rigidez de cuello o nuchal es encontrada en pacientes con meningitis, hemorragia subaracnoidea o hemorragia intracerebral drenado a ventrículos (45, 60). Entre tanto, los signos de focalización también pueden ser comunes a varias patologías graves como enfermedad cerebrovascular, hemorragia subaracnoidea, masa intracerebral, trombosis de senos venosos y meningitis (17, 39, 43, 59), mientras las

alteraciones del estado de conciencia obligan a descartar entidades como meningitis, hemorragia subaracnoidea y trombosis de senos venosos (13, 17, 39).

## Conclusiones

La cefalea es un motivo de consulta sumamente frecuente, tanto en los servicios de urgencias, como en la consulta externa. Sus causas son multifactoriales y puede deberse a entidades graves que amenazan la vida de la persona, o ser parte de las manifestaciones clínicas de otros desordenes. La historia clínica es fundamental en el abordaje diagnóstico del paciente con cefalea. Una detallada anamnesis permitirá una aproximación diagnóstica a la causa subyacente de la cefalea. La identificación de antecedentes personales, elementos desencadenantes y signos de alarma es imprescindible tanto desde el punto de vista diagnóstico como al momento de tomar conductas terapéuticas. La presencia de signos de alarma o banderas rojas, debe alertar al médico en todo caso, pues en general, son manifestaciones de entidades graves que cursan con alta morbimortalidad. El examen físico es esencial, aporta información de gran valor y permite adoptar las conductas terapéuticas apropiadas al caso particular de cada paciente, además, la presencia de ciertos hallazgos clínicos puede ser indicio de patologías graves. Así pues, la alta prevalencia de la cefalea requiere un conocimiento preciso de sus características semiológicas y demográficas, el enfoque apropiado del paciente consultante debe partir entonces del desarrollo completo de la historia clínica; es indispensable la identificación oportuna de las banderas rojas por parte del médico, ya que en tales casos, se requiere adoptar medidas terapéuticas particulares que se traduzcan en beneficio del paciente.

## Conflicto de intereses:

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Rueda-Sanchez M, Mantilla-McCormick F, Solano M, Ortiz C. Prevalencia de cefaleas en un servicio de urgencias en Colombia. *Rev Neurol* 2005;40(4):209-213.
2. Swadrom S. Pitfalls in the Management of Headache in the Emergency Department. *Emerg Med Clin N Am* 2010;28(1):127-147.
3. McGeeney B. An introduction to headache classification. *Tech Reg Anesth Pain Manag* 2009;13(1):2-4.
4. McConaghy J. Headache in Primary Care. *Prim Care Clin Office Pract* 2007;34(1):83-97.
5. Gelb DJ. Introduction to Clinical Neurology, 3 ed. Elsevier (USA); 2005.
6. White C. Evaluation of Headaches. *Paediatr Child Health* 2011;21(11):483-487.
7. Abu-Arafeh I. Headache in children and adolescents. *Paediatr Child Health* 2007;18(1):42-43.
8. Lewis K. Pediatric Headache. *Semin Pediatr Neurol* 2012;17(4):224-229.

9. Poveda-Roda R, Bagán JV, Jiménez-Soriano Y, Fons-Font A. Retrospective study of a series of 850 patients with temporomandibular dysfunction (TMD). Clinical and radiological findings. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14(12):e628-634.
10. Cook C, Foster P. Epidemiology of glaucoma: What's new? *Can J Ophthalmol* 2012;47(3):223-226.
11. Sekhar M, Sasidharan S, Joseph S, Kumar A. Migraine management: How do the adult and paediatric differ? *Saudi Pharmaceutical Journal* 2011;20(1):1-7.
12. Santos G, André R, Pereira S, Parreira T, Machado E. Cerebral venous thrombosis: retrospective analysis of 49 cases. *Acta Med Port* 2011;24(1):21-28.
13. Walker R, Wadman M. Headache in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2007;23(2):291-305.
14. Mack K. A primer on chronic daily headache in children. *Paediatr child health* 2009;19(Suppl 1):S18-S23.
15. Fowler M, Capoblanco D, Dodick D. Headache in the elderly. *Seminars in Pain Medicina* 2004;2(2):123-128.
16. Brna P, Dooley J. Headaches in the pediatric population. *Semin Pediatr Neurol* 2006;13(4):222-230.
17. Ramírez S, Urrea E. Guía de diagnóstico y tratamiento de la cefalea. Asociación Colombiana de Neurología, Capítulo 8. Tomado de: <http://www.acnweb.org/guia/g1c08i.pdf> (Consultado el 10/11/2012)
18. Pradilla G. Cefalea en urgencias: diagnóstico y tratamiento de las cefaleas primarias. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:S134-S139.
19. McGeeney B. Secondary headache: concepts and examples. *Tech Reg Anesth Pain Manag* 2009;13(1):58-64.
20. Loder E, Rizzoli P. Tension-type headache. *BMJ* 2008;336(7635):88-92.
21. Stam J. Thrombosis of the Cerebral Veins and Sinuses. *N Engl J Med* 2005;352(17):1791-1798.
22. Friedman B, Grosberg B. Management of the primary headache disorders in the emergency department setting. *Emerg Med Clin N Am* 2009;27(1):71-87.
23. Loder E, Buse D, Golub J. Headache as a side effect of combination estrogen-progestin oral contraceptives: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(3 Pt 1):636-649.
24. Scriverani S J, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. *N Engl J Med* 2008;359(25):2693-2705.
25. Quigley H. Glaucoma. *Lancet* 2011;377(9774):1367-1377.
26. Calvo L, Bautista R, Cervera R, Cabrera M. Uveitis, un reto para el internista. *An Med Interna* 2008;25(3):141-148.
27. Abend N, Younkin D, Lewis D. Secondary Headaches in Children and Adolescents. *Semin Pediatr Neurol* 2010;17(2):123-133.
28. Volcy M. Cefalea en el servicio de urgencias: nuevos conceptos en el diagnóstico, la epidemiología y el tratamiento. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:S118-S133.
29. May A. Cluster headache: Pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet* 2005; 366(9488):843-855.
30. Rueda M. Características clínicas de la migraña en la población general colombiana. *Acta Neurol Colomb* 2009;25:63-74.
31. Mehle M, Screiber C. Sinus Headache, Migraine, and the otolaryngologist. *Otolaryngol Head Neck surg* 2005;133(4):489-496.
32. Cashman E, Smyth D. Primary headache syndromes and sinus headache: An approach to diagnosis and management. *Auris Nasus Larynx* 2012;39(3):257-260.
33. Eskandar E, Barker F, Rabinov J. Case 21-2006: A 61-year-old man with left-sided facial pain. *N Engl J Med* 2006;355(2):183-188.
34. Peatfield R. Headache and facial pain. *Medicine* 2008;36(10):526-530.
35. McGeeney B. Cluster headache and related disorders. *Tech Reg Anesth Pain Manag* 2009;13(1):38-41.
36. Volcy M. Cefalea tipo tensional: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:S14-S27.
37. McGeeney B. Tension-type headache. *Tech Reg Anesth Pain Manag* 2009;13(1):16-19.
38. Silberstein S. Migraine. *Lancet* 2004;363(9406):381-391.
39. Bamberger D. Diagnosis, Initial Management, and Prevention of Meningitis. *Am Fam Physician* 2010;82(12):1491-1498.
40. Pakalnis A, Gladstein J. Headaches and Hormones. *Semin Pediatr Neurol* 2010;17(2):100-104.
41. Vearrier D, Phillips B, Greenberg M. Addressing Obstructive Sleep Apnea in the emergency department. *J Emerg Med* 2011;41(6):728-740.
42. Freeman R. Neurogenic Orthostatic Hypotension. *N Engl J Med* 2008;358(6):615-624.
43. Bigal M, Lipton R. The differential diagnosis of chronic daily headaches: an algorithm-based approach. *J Headache Pain* 2007;8(5):263-272.
44. Maizels M. The Patient with Daily Headaches. *Am Fam Physician* 2004;70(12):2299-2306.
45. Torres J. Cefalea post-punción lumbar. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:S112-S117.
46. Buescher J. Temporomandibular joint disorders. *Am Fam Physician* 2007;76(10):1477-1482.
47. Marcus D. Sex Hormones and headache. *Principles of Gender-Specific Medicine* 2004;14:129-136.
48. Suarez J, Tarr R, Selman W. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *N Engl J Med* 2006;354(4):387-396.
49. Zuber S, Kantorovich V, Pacak K. Hypertension in Pheochromocytoma: Characteristics and Treatment. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2011;40(2):295-311.
50. McKeown N, Tews M, Gossain V, Shah S. Hyperthyroidism. *Emerg Med Clin N Am* 2005;23(3):669-685.
51. Paul E, Varon J. Hypertensive crises: Challenges and management. *Chest* 2007;131(6):1949-1962.
52. Ekstein D, Schachter S. Postictal Headache. *Epilepsy & Behavior* 2010;19(2):151-155.
53. Brass S, Durand M, Stone J, Chen J, Stone J. Case 36-2008: A 59-year-old man with chronic daily headache. *N Engl J Med* 2008;359(21):2267-2278.

54. Martins H, Ribas V, Martins B, Ribas Rde M, Valença M. Post-traumatic Headache. *Arq Neuropsiquiatr* 2009;67(1):43-65.
55. Beckmann Y, Seckin M, Manavgat A, Zorlu N. Headaches related to psychoactive substance use. *Clin Neurol Neurosurg* 2012;114(7):990-999.
56. Balcer L. Optic Neuritis. *N Engl J Med* 2006;354(12):1273-1280.
57. Baumann B, Cline D, Pimenta E. Treatment of hypertension in the emergency department. *J Am Soc Hypertens* 2011;5(5):366-377.
58. Wall M. Idiopathic Intracranial Hypertension. *Neurol Clin* 2010;28(3):593-617.
59. Randall C. Evaluation of Acute Headaches in Adults. *Am Fam Physician* 2001;63(4):685-692.
60. McGee SR. Evidence-based physical diagnosis, 2<sup>nd</sup> ed. Saunders-Elsevier, 2007.
61. Dodick D. Chronic Daily Headache. *N Engl J Med* 2006;354(2):158-165.
62. Alvarez M, Garcia R, Silva F. Cefalea por uso excesivo de medicamentos: implicaciones clínicas y terapéuticas. *Acta Neurol Colomb* 2010;26:195-201.
63. Evans R. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. *Neurol Clin* 2009;27(2):393-415.
64. Packer R, MacDonald T, Vezina G. Central Nervous System Tumors. *Pediatr Clin N Am* 2008;55(1):121-145.