

Otras cefaleas primarias

Es un grupo heterogéneo, y varios tipos de cefaleas pueden requerir evaluación por neuroimagen y/u otras pruebas apropiadas para descartar cefalea sintomática.

CEFALEA PRIMARIA PUNZANTE

Dolor punzante cefálico, que dura unos pocos segundos, predominantemente en el área de la primera división trigeminal (orbitaria, frontal o temporal), cuya localización puede desplazarse. Solo cuando los dolores son totalmente localizados deben excluirse causas estructurales. Frecuentemente se asocia a otras cefaleas primarias, especialmente migraña. El tratamiento agudo no es factible por la duración ultracorta. Si su alta frecuencia requiere profilaxis la indometacina es efectiva en dos tercios de los pacientes.

CEFALEA PRIMARIA DE LA TOS

La cefalea tusígena está provocada por y ocurre solo en asociación con la tos, el esfuerzo físico y/o la maniobra de Valsalva, es de inicio súbito y corta duración. Con frecuencia la cefalea tusígena es sintomática, especialmente en relación con una malformación de Arnold Chiari tipo I, por lo que el estudio por

resonancia magnética es ineludible. La cefalea primaria de la tos responde habitualmente al tratamiento profiláctico con indometacina a dosis de 25-150 mg al día.

CEFALEA PRIMARIA POR ESFUERZO FÍSICO

Se trata de una cefalea pulsátil que dura de 5 minutos a 2 días, que está provocada por y ocurre solo durante o después del ejercicio físico. La cefalea de esfuerzo obliga a descartar una cefalea sintomática, en el primer episodio la hemorragia subaracnoidea y la disección arterial, pero también lesiones ocupantes de espacio o feocromocitoma. Se recomienda la abstención o moderación del ejercicio hasta descartar cefalea sintomática. En la cefalea primaria por esfuerzo el tratamiento profiláctico con betabloqueantes a dosis habituales de migraña o indometacina es habitualmente efectivo.

CEFALEA PRIMARIA ASOCIADA A LA ACTIVIDAD SEXUAL

Se trata de una cefalea asociada a la actividad sexual, clasificada como preorgásmica cuando es un dolor sordo cervical y cefálico con conciencia de contracción muscular cervical y/o mandibular, que aumenta con la excitación sexual y orgásmica, cuando es repentina y grave, explosiva durante el orgasmo. En el primer ataque de cefalea orgásmica se deben excluir entre otras la hemorragia subaracnoidea y la disección arterial con el apropiado estudio de neuroimagen y punción lumbar si es preciso. Excluidas las cefaleas secundarias es importante explicar la naturaleza benigna y el buen pronóstico dada la angustia que el cuadro produce. En la cefalea preorgásmica se puede frenar el dolor adoptando un papel más pasivo o parando la actividad sexual. La persistencia de los episodios

se puede tratar de forma similar a la cefalea primaria por esfuerzo físico.

CEFALEA HÍPNICA

Esta cefalea primaria se caracteriza por ataques de dolor de cabeza, generalmente sordo, que se desarrolla únicamente durante el sueño y despierta al paciente. Suele aparecer más de 15 días al mes, durar más de 15 minutos e iniciarse tras los 50 años. Su diagnóstico exige excluir trastornos extracraneales y su distinción de las cefaleas trigémino-autonómicas. El litio es el tratamiento más indicado, en dosis única nocturna. Otros tratamientos, como la cafeína o la flunaricina también se han comunicado como eficaces (a la par que mejor tolerados que el litio).

CEFALEA PRIMARIA EN TRUENO

Es una cefalea cuyas características principales son su gran intensidad y su comienzo brusco. La cefalea en trueno se asocia con frecuencia con hemorragia subaracnoidea. Se requiere, por tanto, un estudio urgente de neuroimagen normal y líquido cefalorraquídeo (LCR) normal para excluirla. Otros trastornos vasculares cerebrales, como la hemorragia cerebral, la trombosis venosa cerebral, malformaciones y aneurismas no rotos, disecciones arteriales, angiopatía del sistema nervioso central (SNC), angiopatía del SNC benigna reversible, encefalopatía hipertensiva, consumo de vasoconstrictores y apoplejía hipofisaria, pueden ser causa de cefalea en trueno. La hipertensión e hipotensión del LCR, meningitis, encefalitis y sinusitis pueden, asimismo, causarla. Por tanto, el diagnóstico de cefalea primaria en trueno es un diagnóstico de exclusión. La cefalea puede recurrir durante la primera semana. No existe un tratamiento específico, el tratamiento será sintomático y se recomienda evitar triptanes y ergóticos.

HEMICRÁNEA CONTINUA

Es una cefalea estrictamente unilateral, persistente durante más de 3 meses, diaria, de intensidad moderada, pero con exacerbaciones de dolor grave en las que aparece ipsilateralmente alguno de los siguientes signos y síntomas: inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, ptosis y miosis. Su respuesta a dosis terapéuticas de indometacina es completa, y se precisa para el diagnóstico (para descartar una respuesta incompleta deben utilizarse, al menos, 150 mg por vía oral o rectal). Debe considerarse añadir protectores gástricos. A pesar de ser considerado criterio diagnóstico se han comunicado casos indometacín-resistentes.

CEFALEA DIARIA PERSISTENTE *DE NOVO* (CEFALEA CRÓNICA DESDE EL INICIO)

Esta cefalea se caracteriza por ser diaria y no remitente desde el inicio. Se trata de una cefalea crónica, de más de tres meses de evolución, en general bilateral, opresiva y de intensidad leve o moderada, pudiendo existir fotofobia, sonofobia o náuseas leves, de características con frecuencia similares a la cefalea de tensión, pero cuyo inicio o desarrollo rápido para hacerse no remitente debe ser claramente recordado y descrito sin ambigüedad o duda por parte del paciente. Cefaleas secundarias como la cefalea por aumento de presión del LCR o por hipotensión del LCR, postraumática o secundaria a infección, se deben descartar apropiadamente. No disponemos de un tratamiento específico eficaz. Existe una forma autolimitada que se resuelve en unos meses y una forma refractaria que no remite y se muestra resistente a múltiples tratamientos.