

Cefalea amb criteris d'alarma

>> Autors

Nuria Martínez Sánchez ¹, Antonio Palasí Franco ², Luis Miguel Martínez Sánchez ³

¹ ABS Parets del Vallès.

² Servei de Neurologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

³ Hospital Sant Joan de Déu.

>> Correctors

Mèncía Benítez i Pedro Cabrero

>> Correspondència

Nuria Martínez Sánchez

Adreça electrònica: nuriamarsa@hotmail.com

Publicat: 1 de juliol de 2010

Martínez Sánchez, Nuria; Palasí Franco, Antonio; and Martínez Sánchez, Luis Miguel (2010) "Cefalea amb criteris d'alarma," *Butlletí*: Vol. 28: Iss. 2, Article 2.

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol28/iss2/2>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

<http://pub.bsalut.net/cgi/cview.cgi/butlleti/vol28/iss2/2>

INTRODUCCIÓ

L'alta prevalença de cefalea en la població general fa que sigui un dels principals motius de consulta neurològica en Atenció Primària tant per al metge de família com per al neuròleg¹.

Malgrat que la majoria de las consultes estan motivades per cefalees primàries (migranya i cefalea tensional son, amb molt, les cefalees més prevalents) cal tenir sempre present que també poden ser un símptoma d'un altre procés que, en ocasions, pot ser potencialment greu (cefalees secundàries).

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Dona de 21 anys, fumadora de 10 cigarretes/dia, sense altres hàbits tòxics. No té història prèvia de cefalea ni presenta altres antecedents personals d'interès. No pren anticonceptius orals ni cap altre tractament habitual.

Consulta per cefalea opressiva holocranial de 5 dies d'evolució que va augmentant progressivament d'intensitat i no cedeix amb analgèsia (paracetamol/ibuprofè). Empitjora amb les maniobres de Valsalva. No presenta nàusees ni vòmits i la força i la sensibilitat estan conservades. En les últimes hores s'afegeix visió borrosa fluctuant i diplopia.

En l'exploració física destaca:

Obesitat (IMC 31), parèsia del VI parell cranial dret lleu i fons d'ull amb papil·ledema bilateral. La resta de l'exploració neurològica i general és normal.

Davant la presència de criteris d'alarma² (**taula 1**) en l'anamnesi i exploració es deriva a urgències de l'hospital, on es realitza una analítica i un TC cranial que no mostren alteracions.

Taula 1. Criteris d'alarma.

- Cefalea intensa, d'inici sobtat.
 - Cefalea que debuta en pacients majors de 40-50 anys.
 - Empitjorament recent d'una cefalea crònica.
 - Cefalea progressiva, de freqüència i/o intensitat creixent.
 - Cefalea precipitada per un esforç físic, tos o canvi postural.
 - Cefalea refractària a un tractament teòricament correcte.
 - Cefalea amb manifestacions acompanyants:
 - Trastorns de conducta o alteració del nivell de consciència
 - Crisis epilèptiques
 - Alteració neurològica focal
 - Papil·ledema
 - Febre
 - Signes meningis
 - Nàusees i vòmits no explicables per una cefalea primària (migranya) ni per una malaltia sistèmica
 - Localització unilateral estricta (excepte cefalea en ramells, hemicrània paroxismal, neuràlgia occipital, neuràlgia del trigemin, hemicrània contínua i altres cefalees primàries unilaterals).
 - Cefalea de característiques atípiques.
 - Cefalea de presentació predominantment nocturna o que s'agreugi amb el son.
 - Història de TCE en les passades setmanes o dies.
 - Cefalea d'inici en pacients oncològics o immunodeprimits.
- Presa de Ward TN, Levin M, Phillips JM (2).*

La presència de papil·ledema davant d'un pacient amb cefalea obliga a realitzar exploracions encaminades a descartar causes d'hipertensió intracranial. La normalitat de les proves de neuroimatge exclou etiologies estructurals, com les hemorràgiques i les tumorals i obliga a prosseguir l'estudi.

Per això, es practica a la nostra pacient una punció lumbar que obté un líquid cefaloraquidi (LCR) d'aspecte clar, amb absència de cèl·lules i amb glucosa i proteïnes dins de la normalitat. Es mesura la pressió de sortida del LCR obtenint un valor superior a 350 mmH₂O (Normal: 60-200 mmH₂O) que confirma la presència d'hipertensió intracranial.

Atesa la normalitat de la resta de proves complementàries s'orienta el cas com cefalea secundària a hipertensió intracranial idiopàtica (vegeu **taula 2**) i s'instaura tractament amb acetazolamida amb millora progressiva de la clínica fins quedar asimptomàtica al tercer dia.

Taula 2: Criteris diagnòstics de la cefalea atribuïda a hipertensió intracranial idiopàtica.

A. Cefalea progressiva amb almenys una de les següents característiques i que compleix els criteris C i D:

1. Aparició diària
2. Dolor difús i/o constant (no pulsatiu)
3. Agreujat per la tos o per l'esforç

B. Hipertensió intracranial que compleix els següents criteris:

1. Pacient alerta amb examen neurològic normal o que manifesta qualsevol de les següents anormalitats:
 - a. Papil·ledema
 - b. Punt cec engrandit
 - c. Defecte en el camp visual (progressiu si no està tractat)
 - d. Paràlisi del VI par
2. Pressió del líquid cefaloraquidi augmentada (>200 mm de H₂O en no obesos, >250 mm de H₂O en obesos), mesura per punció lumbar en decúbit o per monitoratge de la pressió epidural o ventricular
3. L'anàlisi bioquímica del líquid cefaloraquidi i la cel·lularitat són normals
4. Malalties intracranials (inclosa la trombosi de sinus venosos) han estat descartades amb una investigació apropiada
5. No existeix causa metabòlica, tòxica o hormonal d'hipertensió intracranial

C. La cefalea es desenvolupa en estreta relació temporal amb l'augment de la pressió intracranial

D. La cefalea millora després de l'extracció de líquid cefaloraquidi per reduir la pressió fins 120-170 mm H₂O i es resolen en 72 hores de normalització persistent de la pressió intracranial

Tomada de Headache Classification Committee (6).

DISCUSSIÓ

La hipertensió intracranial idiopàtica (HII) o *pseudotumor cerebrii* és una entitat d'etiologia no aclarida. S'han proposat diferents mecanismes com l'increment de volum cerebral a costa de l'increment d'aigua o increment del volum de sang, la transmissió de pressions intratoràciques o intraabdominals elevades en obesos, l'augment de la taxa de producció de LCR o el defecó de reabsorció en les vellositats coroïdals³.

La HII és una elevació de la pressió intracranial sense procés expansiu ni hidrocefalia subjacent, i el LCR es de composició normal. És més freqüent en dones joves obeses. És una cefalea d'intensitat variable, presentació aguda o gradual, habitualment diària i d'intensitat moderada a greu, holocranial o localitzada, opressiva o punxant, i empitjora amb les maniobres de Valsalva. Les característiques de la cefalea que produeix poden solapar-se amb altres tipus de cefalea (tensionals, migranya, etc.)³.

Clínicament, la HII pot cursar des de pacients asimptomàtics trobant un papil·ledema i augment de la pressió intracranial en les exploracions complementàries fins presentar-se com un quadre florit amb símptomes i signes d'hipertensió intracranial (cefalea, nàusees, vòmits, fotofòbia, rigidesa de nuca...), acceptant-se com a únics defectes neurològics focals els atribuïbles a la paràlisi del VI par (diplopia) o al papil·ledema (punt cec engrandit, ambliopia transitòria o pèrdua de visió, segons la severitat)⁴. La presència d'altres focalitats o l'afectació del nivell de consciència han de fer sospitar l'existència d'altres processos subjacents com tumors o hemorràgies intracranials.

El diagnòstic de la HII es basa en una clínica compatible i la mesura de la pressió de LCR que ha d'estar elevada. A més, és imprescindible realitzar un estudi del LCR i proves de neuroimatge (TC o RM) en les que no hi ha d'haver signes de lesió estructural, expansiva o vascular, d'acord amb els criteris de Friedman y Jacobson⁵. Per atribuir una cefalea a una síndrome de HII, han d'acomplir-se els criteris diagnòstics que s'exposen en la **taula 2**⁶.

Pel que fa al tractament, és recomanable la pèrdua de pes en pacients obesos i les mesures per reduir la pressió intracranial (acetazolamida amb o sense furosemida), els fàrmacs per a la cefalea (antiinflamatoris, antidepressius, antiepilèptics...) i la protecció dels nervis òptics (corticosteroides en cicles limitats quan es produeix deteriorament visual). La cirurgia mitjançant derivació ventrículoperitoneal o lumboperitoneal, i la fenestració del nervi òptic es reserven a pacients amb deteriorament visual ràpidament progressiu o sense resposta a la teràpia farmacològica optimitzada.

En conclusió, els criteris diagnòstics de les cefalees segueixen essent fonamentalment clínics. Aquest fet obliga a la realització d'una detallada anamnesi i una exploració física completa, incloent el fons d'ull, en tots els pacients amb cefalea, permetent en la majoria dels casos diferenciar si es tracta d'una cefalea primària (que sovint no requerirà altres proves diagnòstiques) o bé presenta símptomes i/o signes d'alarma que orientin cap a una cefalea secundària (potencialment greus i el pronòstic i adequat abordatge terapèutic del qual dependrà, en bona mesura, d'una orientació diagnòstica inicial correcta i precoç).

BIBLIOGRAFIA

1. Huerta-Villanueva M, Baiges-Octavio J.J, Martín-Ozaeta G, Muñoz-Fargas E, Rubio-Borrego F.

Evolución de la demanda de asistencia neurológica ambulatoria y patología atendida en la consulta de neurología de la región sanitaria de Tortosa, Tarragona. *Rev Neurol* 2005;41 (2):68-74

2. Ward TN, Levin M, Phillips JM. Evaluation and management of headache in the emergency department. *Med Clin North Am* 2001; 85: 971-985.
3. Friedman DI, Corbett JJ. High cerebrospinal fluid pressure. En: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. *The headaches*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2006. p. 925-933.
4. Roquer González J, Gimbert Rafols R. M. Patología neurológica. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención primaria. Concepto, organización y práctica clínica*. 6^a edición. Barcelona. Ed Elsevier; 2008. p. 1335-1339.
5. Friedman DI, Jacobson DM. Diagnostic criteria for idiopathic intracranial hypertension. *Neurology* 2002; 59: 1492-5.
6. Headache Classification Committee. *The International Classification Of Headache Disorders*. 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 1-160.