



## Cefalea en la consulta de fisiatría: una aproximación general

Rosas Jaimes, Jaime (1), Castaño Herrera, Luisa (2)

(1),(2). Residente Medicina Física y Rehabilitación, Universidad Nacional de Colombia.

Dentro de la evaluación integral del paciente en la consulta de fisiatría encontramos que la cefalea de características tensionales es la que se presenta con mayor frecuencia. La cefalea tensional (CT) hace parte de las múltiples entidades concomitantes a trastornos osteomusculares como el síndrome miofascial y los dolores mecánicos dorsolumbares.

La CT es una entidad poco estudiada (1). La presencia de esta patología se encuentra frecuentemente asociada a una alta carga socioeconómica (2) e incluso, a pesar de que los pacientes con migraña tienen más probabilidades de faltar al trabajo, se cree que hay mayor cantidad de días laborales perdidos en la CT debido a que es un trastorno más común (1). Por lo anterior revisaremos de manera general la aproximación y las posibilidades de intervenciones en contexto de nuestra especialidad.

La CT tiene una prevalencia global mayor que la migraña (3). Su presentación es mayor en mujeres jóvenes y su adecuada descripción clínica cobra vital importancia al momento de la consulta. Se deberá preguntar sobre la localización (unilateral o bilateral), agravantes (actividad física, valsalva, entre otros) y fenómenos concomitantes al dolor (aura)(4).

Los factores precipitantes más frecuentes son el estrés, la “presión mental” (2) y los movimientos repetitivos de la cabeza y el cuello (5). Por otro lado, la disminución del umbral del dolor es una consecuencia de la

CT y no un factor de riesgo precipitante, respaldando los procesos de sensibilización central como mecanismo implicado en la cronificación de esta patología (6).

Según la clasificación internacional de cefaleas (ICHD-3, por sus siglas en inglés) en su tercera edición en 2018 (7), la CT se puede clasificar en episódica y crónica. La episódica tiene subclasificaciones dependiendo de la frecuencia.

También se definieron criterios específicos para el diagnóstico, como: puntos de sensibilidad pericraneal (tabla 1), si las características difieren en localización, intensidad y frecuencia y si la presencia de sintomatología sensitiva previa al dolor podría tratarse de una migraña con aura.

Dentro de los síntomas de aura más comunes, se encuentran: alteraciones visuales (90% de los pacientes), alteración sensitiva periférica en el sitio de localización de dolor (hipoestesia o disestesia).

Además, debemos tener en cuenta que los fenómenos de aura deberán estudiarse con mayor cautela y posiblemente requerirán de evaluación imagenológica en caso de presentar signos de alarma o banderas rojas (tabla 2 -3) (4)(8)(9).

<b>Tabla 1 - Criterios diagnósticos de cefaleas tensionales según la ICHD-3</b>	
<b>Cefalea Tensional</b>	<b>Cefalea tensional crónica</b>
1. Infrecuente: Dolor < 1d/mes 2. Frecuente: Dolor 1-14d/mes x 3 meses	
A.- 10 episodios con características B -D	A.- >15 d/mes x 3 meses (> 180d/año) con características B-D
B.- Duración: 30min – 7d	B. Duración: horas -Días / constante
C.- Dos o más características: 1. Bilateral 2. Tipificada como opresiva (no pulsátil) 3. Leve a moderada intensidad 4. No aumenta con actividad física (caminar, subir escaleras, etc.)	C.- Dos o más características: 1. Bilateral 2. Tipificada como opresiva (no pulsátil) 3. Leve a moderada intensidad 4. No aumenta con actividad física (caminar, subir escaleras, etc.)
D.- Dos criterios: 1. No náusea o Vómito 2. No más de uno: Foto/Fonofobia.	D.- Dos criterios: 1. No náusea o Vómito (Severo a moderado) 2. No más de uno: Foto/Fonofobia o Náusea leve
E.- Ausencia de otro diagnóstico por ICHD-3	E.- Ausencia de otro diagnóstico por ICHD-3
<b>+ Asociado con sensibilidad peri craneana</b>	
A.- Cumplir criterios de las cefaleas previamente mencionadas B.- Aumento de la sensibilidad peri craneana a la palpación	
<b>Probable</b>	
A.- Cumplir con todos los criterios de A-D exceptuando 1, para alguna de las cefaleas mencionadas B.- No cumplir con los criterios o el diagnóstico de otra cefalea por ICHD-3	

Adaptado de: Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3) Cephalalgia. 2018 Jan;38(1):1–211

<b>Tabla 2 - Criterios diagnósticos de migraña según la ICHD-3</b>	
<b>Migraña sin aura</b>	<b>Migraña con aura</b>
A.- 5 episodios con características B -D	A.- 2 episodios con características B-C
B.- Duración: 4- 72h (sin tto o con tto no exitoso)	B. Uno o más síntomas (aura)reversibles: 1. Visual 2. Sensorial 3. Lenguaje o Habla 4. Motor 5. Tallo /Bulbares 6. Retinal
C.- Dos o más características: 5. Unilateral 6. Tipificada como pulsátil 7. Moderada a severa intensidad 8. Aumenta con actividad física (caminar, subir escaleras, etc.) o la evita	C.- Dos o más características: 5. Al menos 1 síntoma aura gradual >5min 6. 2 síntomas que ocurran sucesivamente 7. Cada síntoma dura de 5-60 min 8. Al menos 1 síntoma unilateral 9. Al menos 1 síntoma positivo 10. El síntoma se presenta acompañado o seguido de cefalea en un lapso de 60 min
D.- Mínimo presenta un síntoma: 3. Náusea o Vómito 4. Fotofobia /Fonofobia.	D.- Ausencia de otro diagnóstico por ICHD-3
E.- Ausencia de otro diagnóstico por ICHD-3	
<b>Migraña crónica</b>	
A.- Cefalea características migraña o tensional > 15d /Mes x 3 Meses con características B-C B.- Ocurren en paciente con 5 episodios con características de migraña con o sin aura C.- >8d/ Mes cumple los siguientes: 1. Características C y D de migraña sin aura 2. Características B Y C de migraña con aura 3. Manejo abortivo efectivo con ergot o triptan una vez el paciente identifica migraña al inicio del episodio D.- Ausencia de otro diagnóstico por ICHD-3	

Adaptado de: Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3) Cephalalgia. 2018 Jan;38(1):1–211

<b>Tabla 3 – Banderas rojas en Cefalea</b>	
<b>Signos de alarma/Bandera roja</b>	<b>Diagnostico diferencial</b>
• Fiebre	Neuro infección
• Antecedente de neoplasia	Neoplasia / Lesiones metastásicas
• Alteración del estado de conciencia • Síntomas motores transitorios	Accidente cerebro vascular, Accidente isquémico transitorio.
• Presentación abrupta (Cefalea Trueno)	Hemorragia subaracnoidea
• Cambio de patrón de presentación • Inicio reciente • Edad >50 años • Papiledema	Neoplasias Alteraciones vasculares Arteritis células gigantes
• Aumenta con maniobras de Valsalva (Estornudos, Pujo)	Malformaciones de fosa posterior, Chiari.
• Posparto -Puerperio	Malformaciones vasculares cervicales, Cefalea postpunción, Preeclampsia, Trombosis de senos venosos
• Dolor ocular / Activación simpática	Tolosa-Hunt, Alteración de fosa posterior,
• Inmunosupresión	Infección oportunista
• Sobreuso de analgésicos • Nueva medicación	Cefalea por abuso de analgésicos, No tolerancia al nuevo analgésico.

Adaptado de: Do TP, Remmers A, Schytz HW, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. Neurology. 2019;92(3):134-144. doi:10.1212/WNL.0000000000006697

Si bien la CT crónica puede alcanzar repercusiones en la calidad de vida y funcionalidad, el clínico debe optar por limitar análisis de sangre, y las imágenes diagnósticas, como: Tomografía computarizada o resonancia magnética cerebral además de los análisis de líquido cefalorraquídeo dado que en la gran mayoría de pacientes con CT suelen ser normales (6).

### TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La evidencia de manejo no farmacológico es más controvertido para la migraña que para la cefalea tensional y aunque en la mayoría de guías se recomienda el manejo no farmacológico, aún no hay suficiente evidencia y en muchas ocasiones resulta contradictorio (11).

En una revisión sistemática que analizó componentes de autocuidado no farmacológico en pacientes con migraña o cefalea tensional, se encontró que con los diferentes planteamientos (terapia cognitivo conductual, manejo de estrés, educación, técnicas de atención plena, aceptación y entrenamiento en relajación) hubo un pequeño efecto en la mejoría de la intensidad del dolor, discapacidad y calidad de vida; un efecto moderado en el estado de ánimo y ningún efecto sobre la frecuencia de la cefalea luego de estas intervenciones (12). Otros autores, después de evaluar los diferentes factores que influyen el dolor en pacientes con CT, concluyen que la modificación del estilo de vida y el manejo no farmacológico son esenciales para la reducción de la gravedad, frecuencia, duración y uso excesivo de medicamentos en la CT (13).

Se ha demostrado que con la terapia manual se logra mejoría de la CT en cuanto a su intensidad, frecuencia, discapacidad, impacto, calidad de vida y rangos de movilidad craneocervical (14).

Además, debemos tener en cuenta que los fenómenos de aura deberán estudiarse con mayor cautela y posiblemente requerirán de evaluación imagenológica en caso de presentar signos de alarma o banderas rojas (tabla 2 -3) (4)(8)(9). Si bien la CT crónica puede alcanzar repercusiones en la calidad de vida y funcionalidad, el clínico debe optar por limitar análisis de sangre, y las imágenes diagnósticas, como: Tomografía computarizada o resonancia magnética cerebral además de los análisis de líquido cefalorraquídeo dado que en la gran mayoría de pacientes con CT suelen ser normales (6).

### Tratamiento manipulativo osteopático (OMT)

El tratamiento manipulativo osteopático es realizado por médicos osteópatas con licencia y experiencia. Se propone que la osteopatía es una opción viable para los pacientes que tienen contraindicaciones, que no desean manejo farmacológico o aquellos pacientes que tienen cefalea refractaria (15). Es una opción de tratamiento no invasiva, útil, con pocos o ningún efecto secundario. Se adapta a las necesidades individuales del paciente. Puede potencialmente corregir la causa subyacente del dolor de cabeza (15).

Con la manipulación de los huesos del cráneo se logra mejorar el flujo sanguíneo, aumentar el drenaje linfático y tratar las disfunciones somáticas otorgando mejoría del dolor de cabeza (15).

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

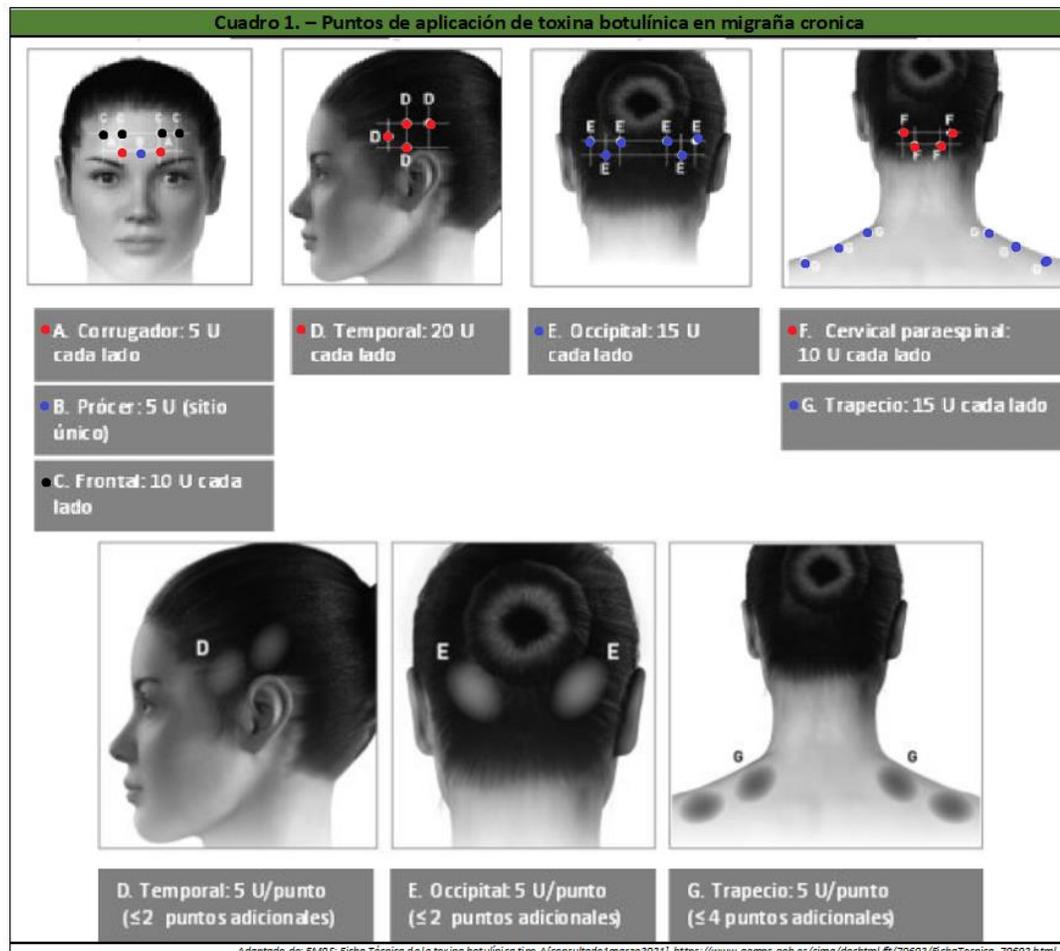
En la mayoría de las ocasiones el tratamiento de la CT es autodirigido por el paciente e incluso se menciona que esta es una de las causas de venta libre de medicación analgésica en el mundo (6). El manejo farmacológico inicial se basa en manejo con agentes analgésicos abortivos como el

acetaminofén (1000mg) y antiinflamatorios no esteroideos, como ibuprofeno (400mg a 800mg) (4), sin embargo se debe advertir sobre el abuso y sobreuso de estos medicamentos por el riesgo de cefalea secundaria a esta práctica (7).

Los antidepresivos tricíclicos son moderadamente efectivos para el manejo de la cefalea tensional (16). Se sugiere el uso de amitriptilina para pacientes con CT episódica frecuente o CT crónica (17). Hay datos limitados sobre el uso de mirtazapina (antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico) y venlafaxina (inhibidor de la recaptación de serotonina-noradrenalina) para el tratamiento de la CT crónica en pacientes sin depresión (17) y se necesitan más estudios para aclarar si la gabapentina y el topiramato tienen un papel en la prevención de la CT (17).

En cuanto a las posibles intervenciones en consultorio. Se puede considerar la aplicación de toxina botulínica tipo A (Onabotulinumtoxina A) a aquellos pacientes que cumplan criterios de migraña y CT crónica, que no tengan una adecuada respuesta al manejo convencional.

Esta medida está aprobada tanto por la FDA como por la Asociación Colombiana de Neurología como método profiláctico, basándose en los estudios PREEMPT 1 y 2 (1384 pacientes entre 18-65 años) en el cual se realizó aplicación de entre 31-39 puntos con dosis totales de toxina entre los 155-195 UI (Cuadro 1), encontrando una mejoría en la cantidad de días de cefalea y migraña al mes que presentaban los pacientes con un NNT de 8.3.



Para lograr una mejoría del 50%. Se recomiendan 5 ciclos separados por 12 semanas, teniendo en cuenta que durante el primer ciclo para el desenlace mencionado anteriormente existe una tasa de respuesta inicial de 49.3% seguido de 11.3% y 10.3% para el ciclo 2 y 3 respectivamente (18)(19)(20).

Se recomienda al mismo tiempo usar herramientas de medida para calificar el impacto de las intervenciones como el HIT-6 (Headache Impact Test, por sus siglas en inglés) o en caso de discapacidad asociada a la migraña, el cuestionario MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale) o su versión en español para latinoamérica MIDASELA (21)(22) y realizando un acompañamiento humano y contextualizado a la realidad de nuestro paciente.

## CONCLUSIÓN

En la consulta de fisiatría como en cualquier consulta médica se debe realizar un abordaje integral. Se debe determinar si el síntoma requiere intervención específica por otra especialidad médica.

En caso de signos de alarma, orientar las recomendaciones de ejercicio y actividad física basadas en los síntomas y desencadenantes. Se ha demostrado que los pacientes se benefician más del manejo farmacológico y no farmacológico combinado, más que el manejo farmacológico solo.

El tratamiento manipulativo osteopático es una opción de tratamiento no invasiva, útil, con pocos o ningún efecto secundario y adaptada al paciente. Teniendo en cuenta que en la cefalea tensional crónica se infiere un fenómeno de sensibilización central se puede optar por manejo intervencionista, como la toxina botulínica.

## REFERENCIAS

1. Constantinidis TS, Arvaniti C, Fakas N, Rudolf J, Kouremenos E, Giannouli E, et al. A population-based survey for disabling headaches in Greece: Prevalence, burden and treatment preferences. *Cephalalgia*. 2021 Feb 1;333102421989630.
2. Spierings EL, Ranke AH, Honkoop PC. Precipitating and aggravating factors of migraine versus tension-type headache. *Headache*. 2001 Jun;41(6):554-8.
3. GBD 2016 Headache Collaborators. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2018 Nov;17(11):954-76.
4. Kahrman A, Zhu S. Migraine and Tension-Type Headache. *Semin Neurol*. 2018 Dec;38(6):608-18.
5. Karli N, Zarifoglu M, Calisir N, Akgoz S. Comparison of pre-headache phases and trigger factors of migraine and episodic tension-type headache: do they share similar clinical pathophysiology? *Cephalalgia*. 2005 Jun;25(6):444-51.
6. Taylor FR. Tension-type headache in adults: Pathophysiology, clinical features, and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2020 [cited 2021 Mar 13]. Available from: <https://www.uptodate-com.ezproxy.unal.edu.co>
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211.
8. Rizzoli P, Mullally WJ. Headache. *Am J Med*. 2018 Jan;131(1):17-24.
9. Do TP, Remmers A, Schytz HW, Schankin C, Nelson SE, Obermann M, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. *Neurology*. 2019 Jan 15;92(3):134-44.

z-de-Las-Peñas C, Florencio LL, Plaza-Manzano G, Arias-Buría JL. Clinical Reasoning Behind Non-Pharmacological Interventions for the Management of Headaches: A Narrative Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Jun 9;17(11). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17114126>

12. Probyn K, Bowers H, Mistry D, Caldwell F, Underwood M, Patel S, et al. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open*. 2017 Aug 11;7(8):e016670.

13. Gopichandran L, C K, G V, M J, Srivastava A, Vanamail P, et al. Factors Influencing Pain Dimensions in Patients with Chronic Tension-Type Headache: An Exploratory Survey. *Pain Manag Nurs*. 2020 Oct;21(5):441-8.

14. Cumplido-Trasmonte C, Fernández-González P, Alguacil-Diego IM, Molina-Rueda F. Manual therapy in adults with tension-type headache: A systematic review. *Neurologia* [Internet]. 2018 Mar 7; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2017.12.004>

15. Whalen J, Yao S, Leder A. A Short Review of the Treatment of Headaches Using Osteopathic Manipulative Treatment [Internet]. Vol. 22, *Current Pain and Headache Reports*. 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-018-0736-y>

16. Jackson JL, Mancuso JM, Nickoloff S, Bernstein R, Kay C. Tricyclic and Tetracyclic Antidepressants for the Prevention of Frequent Episodic or Chronic Tension-Type Headache in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. Vol. 32, *Journal of General Internal Medicine*. 2017. p. 1351-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-017-4121-z>

17. Taylor FR. Tension-type headache in adults: Preventive treatment [Internet]. *UpToDate*. 2020 [cited 2021 Jul 11]. Available from: <https://www.uptodate-com.ezproxy.unal.edu.co>

18. Barbanti P, Ferroni P. Onabotulinum toxin A in the treatment of chronic migraine: patient selection and special considerations. *J Pain Res*. 2017 Sep 29;10:2319-29.

19. Silberstein SD, Dodick DW, Aurora SK, Diener H-C, DeGryse RE, Lipton RB, et al. Per cent of patients with chronic migraine who responded per onabotulinumtoxinA treatment cycle: PREEMPT [Internet]. Vol. 86, *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2015. p. 996-1001. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2013-307149>

20. Muñoz-Cerón JF, Rueda-Sánchez M, Pradilla-Vesga OE, Volcy M, Hernández N, Ramírez SF, et al. Guía de la Asociación Colombiana de Neurología para el tratamiento preventivo de la migraña crónica, cefalea tipo tensión crónica, hemicránea continua y cefalea diaria persistente de novo [Internet]. Vol. 36, *Acta Neurológica Colombiana*. 2020. p. 131-49. Available from: <http://dx.doi.org/10.22379/24224022299>

21. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE Jr, Garber WH, Batenhorst A, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res*. 2003 Dec;12(8):963-74.

22. José Adenis Silva, Bladimir Gómez, Ramón Quintero. Determinación del índice MIDAS en pacientes ambulatorios de Bogotá. *Acta Neurol Colomb*. 2008;24(3):105-13.