

Introducción

Las cefaleas primarias de corta duración (CPCD) incluyen un conjunto de cefaleas poco frecuentes no asociadas a lesiones estructurales y que, definitivamente, implican un verdadero reto en el diagnóstico y manejo terapéutico. Se encuentran dentro del grupo número cuatro de la clasificación de las cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefaleas (SIC).

Es de gran importancia lograr un diagnóstico acertado en este tipo de cefaleas, ya que de esta forma se puede ofrecer la posibilidad de mejorar la condición del paciente o incluso detener su cefalea. Actualmente muchas de las características fisiopatológicas, clínicas y terapéuticas de estas entidades han sido aclaradas gracias a la ayuda de estudios funcionales de imagen, facilitando así su entendimiento y manejo.

Las CPCD se dividen en dos grupos principales según la presentación franca o no de síntomas autonómicos. Entre las CPCD con síntomas autonómicos francos se encuentran: la cefalalgia autonómica trigeminal, que incluye la cefalea en salvas, la cefalea hemicránea paroxística, el SUNCT (dolor neuralgiforme de corta duración con inyección conjuntival y lagrimeo) y el síndrome salvas-tic, siendo de éstas la más conocida la cefalea en salvas, considerada como una entidad que característicamente afecta la sustancia hipotalámica posterior.

Entre las CPCD sin síntomas autonómicos o síntomas muy leves están la neuralgia del trigémino, la cefalea punzante idiopática, la cefalea desencadenada por la tos, la cefalea por ejercicio, cefalea asociada a la relación sexual y la cefalea hipóptica.

En la presente revisión trataremos en especial a las CPCD con síntomas autonómicos mínimos o ausentes, además de una corta revisión sobre la hemicránea paroxística y el SUNCT. Se resalta la importancia de un diagnóstico oportuno para

Tabla 1. *Síntomas autonómicos prominentes.*

<p><i>Cefalea en salvas</i> <i>Cefalea hemicránea paroxística</i> <i>SUNCT</i> <i>Síndrome salvas-tic</i></p>
--

Tabla 2. *No síntomas autonómicos o mínimos.*

<p><i>Neuralgia del trigémino</i> <i>Cefalea tipo punzada idiopática</i> <i>continuación tabla</i> <i>Cefalea por tos</i> <i>Cefalea benigna por ejercicio</i> <i>Cefalea asociada con actividad sexual</i> <i>Cefalea hipóptica</i></p>
--

un abordaje terapéutico adecuado.

Cefalea hemicraneal paroxística

La cefalea hemicraneal paroxística (CHP) es una entidad bastante extraña dentro de las cefaleas benignas. Se parece clínicamente a la cefalea en salvas, pero a diferencia de ellas, no responde a las terapias corrientes para su manejo y sí responde marcadamente al tratamiento con indometacina.

La cefalea hemicraneal paroxística episódica (CHPE) se caracteriza por presentar múltiples ataques de corta duración, los cuales son unilaterales y con periodos prolongados de remisión lo que hace la diferencia con la CHP crónica en la que se presentan periodos prolongados de episodios dolorosos sin remisión. Una revisión de 84 pacientes con CHP encontró una historia de remisión de episodios dolorosos en 35 pacientes y una fase crónica en 45 pacientes.

Entre las CHP existe mucha controversia en la clasificación de sus diferentes tipos. La SIC solo identifica en su clasificación a la cefalea hemicraneal crónica (CHC), pero algunos autores prefieren la diferenciación en CHP crónica, CHPE y la CHPE que en el tiempo evoluciona a cefalea hemicraneal crónica, incluyendo así las diferentes posibilidades en la presentación de este tipo de cefaleas.

Epidemiología

La presentación de este tipo de cefalea es muy escasa, dado que los casos elegidos para publicación son estrictamente seleccionados aunque seguramente su prevalencia sea mayor. Solamente se han informado 19 casos bien documentados de CHPE en las publicaciones inglesas.

En la CHPE no hay predilección por sexo a diferencia de la CHP crónica que predomina en el sexo femenino; el rango de edad va desde los 3 hasta los 81 años de edad, con un promedio de 33 años. Dentro de los casos informados no se ha encontrado asociación familiar, pero si se ha presentado una historia familiar de migraña en el 21% de los casos.

Cuadro clínico

Los pacientes refieren la aparición de un dolor unilateral, que en muchos casos no cambia de lado, ubicándose el dolor más intenso en la región ocular, temporal, maxilar y frontal, aunque se puede ubicar en otras zonas como la región retroorbitaria o en cuello, en casos raros se presenta el principal foco doloroso en la región dentaria o a nivel del oído. El dolor puede irradiarse al hombro o al brazo ipsilateral. Este dolor se caracteriza por ser punzante, terebrante o pulsátil, con rangos de severidad de moderado a muy severo, durante el cual el paciente prefiere adoptar posiciones de reposo. Además se puede presentar una molestia leve en el área de mayor dolor durante el periodo intercrisis. Los episodios de dolor se presentan con una frecuencia diaria de 2 a 30 veces con una duración del dolor de 3 a 30 minutos por crisis y por un periodo de 2 semanas a 4 meses. El periodo de remisión puede durar de 1 a 36 meses.

Como en la cefalea tipo "clúster" y en la CHP, los ataques de dolor en la CHPE repiten a través del día y la noche y la aparición de los ataques nocturnos se ha

asociado con la fase de movimientos oculares rápidos del sueño (sueño MOR).

Los ataques de dolor pueden ser desencadenados por movimientos de rotación o inclinación de la cabeza, presión sobre las apófisis transversas de C4-C5 o de la raíz C2. Durante los episodios de dolor se pueden presentar algunos fenómenos autonómicos pero de forma unilateral entre ellos: lagrimeo en 60% de los casos, ptosis ipsilateral en 33%, inyección conjuntival en 36%, congestión nasal en 42% y rinorrea en 36%. El síndrome de Horner no se presenta en este tipo de cefalea a diferencia de la cefalea en salvas.

Tabla 2. Cefalea hemicraneal paroxística episódica.

A.	<i>Al menos 30 ataques que llenen las características de B-F</i>
B.	<i>Ataques en la zona de la órbita o la región temporal o ambos, de intensidad severa y siempre unilaterales, de al menos 30 minutos de duración</i>
C.	<i>Ataques con una frecuencia igual o mayor a 3 episodios/día.</i>
D.	<i>Claros periodos de remisión entre los episodios de dolor que pueden ser de meses a años.</i>
E.	<i>El dolor está asociado al menos con uno de los siguientes signos o síntomas en el lado del dolor:</i> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Inyección conjuntival</i> <i>2. Lagrimeo</i> <i>3. Congestión nasal</i> <i>4. Rinorrea</i> <i>5. Ptosis</i> <i>6. Edema palpebral</i>
F.	<i>Al menos uno de los siguientes:</i> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. No hay datos que sugieran la presencia de causas secundarias</i> <i>2. Historia y/o examen físico sugieren causas secundarias, pero se excluyen por el adecuado estudio</i> <i>3. Existe una causa secundaria, pero los ataques de migraña no ocurren por primera vez en relación temporal con esa causa.</i>
Nota: <i>muchos casos responden rápida y absolutamente con el uso de indometacina en dosis menores o iguales a 150/mg día.</i>	

Criterios diagnósticos

Dentro de los diagnósticos diferenciales se incluyen los aneurismas dentro del polígono de Willis, las malformaciones arteriovenosas o accidentes cerebrovasculares, además las enfermedades del colágeno con compromiso vascular, el tumor de Pancoast, el tumor del lóbulo frontal, de silla turca o senos cavernosos, la hipertensión endocraneana y la trombocitopenia severa sintomática.

Tratamiento

Una de las características más importantes de la CHPE es su excelente respuesta al tratamiento con indometacina, que incluso ha sido propuesto como requisito sine qua non para el diagnóstico.

La indometacina usualmente se inicia a dosis de 25 mg tres veces al día; se incrementa a 50 mg tres veces al día en el transcurso de la primera semana de tratamiento. La resolución de la cefalea es rápida, generalmente en 1 a 2 días después de iniciado el medicamento a dosis efectivas (150 mg/día), pero esta

resolución puede incluso demorarse 2 semanas. El mantenimiento se hace con dosis de 25 a 100 mg diarios; sin embargo con el tiempo se requieren incluso 300 mg/día.

Usualmente es necesario ajustar las dosis teniendo en cuenta las fluctuaciones que se presentan en estas entidades; para las exacerbaciones nocturnas puede ser necesaria la indometacina de liberación prolongada. Los pacientes que requieren dosis continuamente altas de indometacina deben ser vigilados estrictamente en especial por los efectos adversos gastrointestinales. Por ello estos pacientes idealmente deberían recibir medicamentos antiácidos, antagonistas H2 como protección siempre que se crea que se va a prolongar el tratamiento.

Se han realizado estudios con otros medicamentos con relativos buenos resultados entre ellos ácido acetil salicílico, piroxicam, verapamilo pero ninguno alcanza los resultados obtenidos con la indometacina.

Cefalea hipócnica

Es una cefalea primaria rara, descrita por primera vez por Raskin en 1988, en seis pacientes con edades entre 67 y 84 años, quienes después de soñar, a menudo despertaban con cefalea de moderada a severa intensidad y cuya respuesta al manejo con litio en dosis nocturnas era notoria. Posteriormente este tipo de cefalea fue descrita por Newman y colaboradores en 1990.

Es claro que las cefaleas nocturnas que despiertan al paciente son relativamente muy comunes a cualquier edad, por eso el término cefalea hipócnica hace referencia a los pacientes mayores de 65 años a quienes los despierta la cefalea y que en su juventud hayan tenido antecedentes claros de migraña, como los definió Raskin. Por otro lado el término cefalea nocturna se limita a aquellos pacientes de cualquier edad, que presentan cefalea sólo durante el sueño y en quienes se hace muy frecuente la presentación de pesadillas como se demostró en un estudio realizado por Rafaelli y colaboradores; además pueden responder al manejo con litio hasta en 70% de los casos.

Cuadro clínico

La descripción de la cefalea hipócnica hace referencia a la presencia de cefalea generalmente bilateral, aunque puede ser de presentación unilateral, de inicio súbito, tipo punzada, difusa, no asociada a síntomas autonómicos, con una duración de 15 a 60 minutos. Se presentan entre 1 y 3 episodios dolorosos por noche y frecuentemente durante la fase de movimientos oculares rápidos del sueño (MOR). Los episodios de dolor mejoran espontáneamente en 15 a 180 minutos. Los pacientes refieren que el ataque de dolor se inicia justo después del inicio del sueño, y que este ataque los despierta algunas horas después, usualmente entre la 1 y las 3 de la mañana y muy raramente durante el día.

La cefalea hipócnica se presenta predominantemente en mujeres con una relación mujer a hombre de 2.36: 1 y no se ha encontrado relación familiar.

Tabla 3. Criterios que sugieren cefalea hípnic.

- | |
|---|
| <p>A. Cefalea que ocurra al menos 15 veces por mes durante al menos un mes.</p> <p>B. Cefalea que despierta al paciente.</p> <p>C. Duración del ataque doloroso entre 5 a 60 minutos.</p> <p>D. Dolor generalizado o bilateral (puede ser unilateral).</p> <p>E. El dolor no está asociado a síntomas autonómicos.</p> <p>F. Al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La historia y/o el examen físico no sugieren causa secundaria 2. La historia y/o el examen físico sugieren causas secundarias, pero éstas son descartadas por los exámenes paraclínicos indicados 3. Existe una causa secundaria, pero los ataques no ocurren por primera vez en relación con dicha causa |
|---|

Nota: se espera una rápida respuesta al litio suministrado antes de acostarse.

Criterios diagnósticos

Tratamiento

Los pacientes con cefalea hípnic, generalmente responden al manejo con carbonato de litio a dosis de 200-600 mg suministrados al acostarse el paciente. Sin embargo, muchos pacientes no toleran los efectos adversos de este medicamento. Para ellos, una alternativa es el uso de verapamilo o metisergida antes de acostarse.

Se han informado otras propuestas de manejo que incluyen el suministro de cafeína 60 mg o dos tazas de café antes de acostarse con resolución de síntomas en 5 pacientes, flunarizina 5 mg en 2 pacientes, indometacina en un paciente y atenolol en un paciente.

Síndrome de Sunct

Este es un tipo de dolor craneofacial que aún conserva la sigla en inglés correspondiente a “short unilateral neuralgic pain with conjunctival irritation and tearing”. En español “dolor neuropático unilateral de corta duración con irritación conjuntival y lagrimeo”. Es la más rara de las cefaleas primarias inusuales, descrita por primera vez por Sjaastad en 1978 en tres hombres quienes sufrían episodios de dolor alrededor de un ojo asociado a irritación conjuntival y otros síntomas autonómicos, desencadenados al masticar o comer. Plenamente caracterizada por el mismo autor en 1989, describiéndose hasta el momento 26 pacientes.

El síndrome de SUNCT tiene predominancia en hombres (18 hombres, 8 mujeres), con una relación hombre a mujer de 2.25:1. La edad de inicio se encuentra entre los 23 y 77 años, con un promedio a los 51 años. Los pacientes por lo común no refieren antecedentes de cefaleas y/o patología intracraneana previa.

Cuadro clínico

El síndrome de SUNCT se caracteriza por episodios cortos que ocurren múltiples veces en el día. Las crisis dolorosas son de duración rápida, predominio nocturno,

estrictamente unilaterales, comprometiendo la primera rama del trigémino, aunque el dolor puede presentarse simultáneamente en forma bilateral, como lo informaron Pareja y Sjaastad en tres pacientes. El máximo dolor se localiza en la región orbitaria o periorbitaria y puede referirse en forma ipsilateral a la región frontal, temporal, nariz, mejillas y al paladar. El dolor usualmente es descrito como tipo punzada, quemadura o corrientazo. Los paroxismos aparecen y desaparecen en forma abrupta, con una máxima intensidad en los primeros 2 a 3 segundos y una duración total del episodio doloroso de 5 a 250 segundos con un promedio de 49 segundos. Han sido descritos sin embargo casos de hasta dos horas de duración. Algunos pacientes refieren la presentación de una molestia de características sordas que persiste entre los episodios de dolor.

Un estudio sistemático sobre la frecuencia de los ataques demostró un promedio de 28 ataques por día con un rango de 6 a 77 episodios, pero se presenta una marcada variabilidad de la frecuencia entre los diferentes pacientes e incluso en el mismo paciente. El patrón temporal de presentación es una característica importante con periodos sintomáticos alternando con periodos libres de dolor. El periodo sintomático generalmente dura unos pocos días o incluso varios meses. Los periodos de remisión pueden durar desde una semana hasta siete años, pero usualmente duran pocos meses.

Los episodios de cefalea en el síndrome de SUNCT están acompañados por una serie de síntomas asociados; los más frecuentes son la inyección conjuntival ipsilateral y el lagrimeo; también se han reportado congestión nasal ipsilateral, rinorrea o edema palpebral. Los síntomas aparecen entre uno a dos segundos después de iniciado el episodio de dolor y persistir unos pocos segundos después de terminado el episodio doloroso.

Muchos pacientes pueden precipitar un ataque por tocar ciertos puntos gatillo dentro del territorio del V par craneal, lo que lo acerca a la neuralgia del trigémino, pero en este síndrome los paroxismos son más prolongados. Otros episodios son desencadenados por acciones como tocarse el cabello, la frente, la cara, nariz o los labios en el lado sintomático, o incluso al bañarse, afeitarse, comer, cepillarse los dientes, hablar o con la tos.

Causas secundarias de síndrome de SUNCT han sido reportadas en cuatro pacientes, incluyendo dos malformaciones arteriovenosas del ángulo pontocerebeloso ipsilateral, un hemangioma cavernoso del tronco cerebral, un tumor de la fosa posterior en un paciente con SIDA y recientemente se ha reportado un caso en un paciente con carcinomatosis cerebral.

Tabla 4. *Criterios sugeridos para diagnóstico de SUNCT (1).*

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> A. <i>Al menos 30 ataques que llenen los criterios de B-E.</i> B. <i>Ataques de dolor unilateral, en la órbita o la región temporal, de intensidad moderada a severa, tipo punzante o pulsátil de 15-20 segundos de duración</i> C. <i>Ataques con una frecuencia de 3 a 100 episodios por día.</i> D. <i>El dolor esta asociado al menos con uno de los siguientes signos y síntomas en el lado afectado, con una característica más frecuente y prominente:</i> |
|--|

Continúa

Tabla 4. Criterios sugeridos para diagnóstico de SUNCT (1). Continuación.

<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Inyección conjuntival</i> 2. <i>Lagrimeo</i> 3. <i>Congestión nasal</i> 4. <i>Rinorrea</i> 5. <i>Ptosis</i> 6. <i>Edema palpebral</i> <p><i>E. Al menos uno de los siguientes:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>La historia y/o el examen físico no sugieren causa secundaria (5-11)</i> 2. <i>La historia y/o el examen físico sugieren causas secundarias, pero éstas son descartadas por los exámenes paraclínicos indicados</i> 3. <i>Existe una causa secundaria (5-11), pero los ataques no ocurren por primera vez en relación con dicha causa.</i>
--

Criterios diagnósticos

Tratamiento

En el tratamiento del síndrome de SUNCT se han probado múltiples estrategias terapéuticas, sin lograr mejoría, convirtiéndose hoy en día en una patología más o menos intratable con el manejo médico, sin existir por ello una terapia recomendada.

La carbamazepina mostró en un estudio un posible efecto benéfico en 5 de 18 pacientes tratados con este medicamento, pero en otros estudios aparece la carbamazepina como inefectiva para tratar la enfermedad usando dosis máximas toleradas de 800 a 1600 mg al día. Se han reportado desde el año 1999, casos de síndrome de SUNCT manejados con lamotrigina. Este medicamento logra una reducción en la frecuencia de los ataques a bajas dosis de 50 a 100 mg al día, y su mayor efecto se obtiene suministrando altas dosis de 125 a 200 mg al día, mostrándose como un medicamento que suprime el síndrome. Es por esto, que la lamotrigina se perfila como el tratamiento de elección en el síndrome de SUNCT. También se han empleado la azatioprina, sumatriptan, prednisona, valproato, ergotamina, difenilhidantoina y nifedipina sin mostrar un éxito considerable en el control del síndrome. Se ha reportado un empeoramiento de los síntomas con el uso de verapamilo y omeprazol.

Cefalea asociada con la actividad sexual

La cefalea asociada con la actividad sexual es de los tipos de cefaleas misceláneas no asociadas con lesiones estructurales mejor descritas por la SIC. Algunos autores usan términos como cefalea sexual benigna o cefalea coital benigna. Sin embargo, estos términos no incluyen la masturbación que también se ha visto asociada a cefalea.

Se describen tres tipos de cefalea asociada con la actividad sexual:

Tipo 1 o sorda: esta comienza tempranamente en la relación sexual y va progresando a medida que aumenta la excitación hasta el clímax; es más frecuente en mujeres. Es el tipo más usual de presentación y ocurre en 75% de los casos, aunque muchas veces no es tan severo como para llevar a la persona a consultar.

El dolor se describe como una molestia sorda en la cabeza y el cuello similar al de la cefalea tipo tensión, que aumenta con el incremento en la excitación sexual. Luego, el dolor disminuye a lo largo de la primera hora o incluso más del cese de la actividad sexual. Se asocia con mucha frecuencia a la migraña y/o a la cefalea tensional.

Tipo 2 o explosiva: este es el tipo más común visto por los médicos y el segundo en frecuencia general en 20% de los casos. Se inicia en la fase preorgásmica y es explosiva durante el orgasmo. Esta forma de presentación hace necesario descartar hemorragia subaracnoidea por ruptura de un aneurisma o una malformación arteriovenosa, especialmente si persiste por más de 24 horas. De ahí que el adecuado estudio requiere por lo menos de una tomografía computada cerebral sin contraste y un examen de líquido cefalorraquídeo, y en el caso que se requiera, una arteriografía. Afortunadamente la hemorragia subaracnoidea sólo se presenta en 20% de los casos. Se debe realizar una resonancia nuclear magnética cerebral en caso de sospecha de malformaciones en fosa posterior tipo Arnold-Chiari tipo I, con eventual protrucción de amígdalas cerebelosas por el agujero magno.

El dolor es de tipo pulsátil, de intensidad severa siendo intolerable; se localiza principalmente en la región posterior en forma bilateral, pero puede presentarse de un solo lado. La duración del episodio más intenso de dolor es de cerca de 15 minutos aunque en algunos casos no desaparece por completo presentando molestias por uno a dos días después de terminado el episodio agudo.

Tipo 3 o postural: se trata de un tipo de dolor que se asemeja al dolor explosivo en su inicio e intensidad, pero después la cefalea severa desaparece gradualmente, reapareciendo al incorporarse la persona y obteniendo mejoría al mantener la cabeza más baja que el resto del cuerpo. Este tipo de cefalea parece ser debida a una baja presión en el líquido cefalorraquídeo, presumiblemente secundaria a una pérdida de líquido asociado a una ruptura en las meninges. Se presenta después del coito, siendo el tipo menos frecuente.

Las cefaleas relacionadas con la actividad sexual suelen ser irregulares en su frecuencia o presentarse por temporadas; aparecen una o dos veces y luego no retornan por un año. Rasmussen y Olesen han mostrado que la prevalencia de estas cefaleas es de 1% en cada tipo.

Fisiopatología

Aparte de las mencionadas sobre la situación potencial de estrés en un encuentro sexual, el mecanismo fisiopatológico más frecuente es de tipo vascular con aumento en las cargas presoras, especialmente en pacientes susceptibles. Otro mecanismo mencionado es el aumento de la presión venosa e intracraneana y la presencia de algún trastorno de la autorregulación. La tensión máxima de los músculos craneocervicales podría jugar un papel en estos casos.

La relación entre este tipo de cefalea y la cefalea del ejercicio es incierta, Silbert y colaboradores encontraron que 40% de los pacientes con cefalea sexual también experimentaron cefalea benigna del ejercicio. En general este tipo de cefalea es de mayor presentación entre los hombres en una proporción de 4:1 (Raskin NH, 1988).

Criterios diagnósticos

Tabla 5. Criterios diagnósticos de cefalea asociada a la actividad sexual (24).

A.	<i>Precipitada por la excitación sexual.</i>
B.	<i>Dolor bilateral al inicio.</i>
C.	<i>Disminuye su intensidad o es prevenida al suspender la actividad sexual antes del orgasmo</i>
D.	<i>No asociada con alteraciones intracraneales tales como aneurismas.</i>
Tipo 1 o sorda	
	<i>Dolor sordo en la cabeza y el cuello intensificado a medida que aumenta la excitación sexual</i>
Tipo 2 o explosiva	
	<i>Cefalea súbita severa, explosiva que se presenta con el orgasmo.</i>
Tipo 3 o postural	
	<i>Cefalea postural con probable disminución en presión de líquido cefalorraquídeo después del coito.</i>

Tratamiento

Generalmente el hecho de suspender la actividad sexual por dos a tres semanas disminuye la predisposición hacia los ataques. Si no hay mejoría los tratamientos más utilizados con éxito son: la indometacina a dosis de 75 mg dos veces al día, en tandas de 10 a 14 días; ergotamina previa al acto sexual; propranolol como tratamiento preventivo si no hay contraindicaciones a dosis de 20 a 40 mg dos veces al día, tomado por una pocas semanas, mientras el paciente se abstiene de tener actividad sexual, eliminando generalmente la tendencia a presentar el ataque de dolor.

Cefalea del ejercicio

Este tipo de cefalea fue descrita por primera vez por Tinel en 1932 como “*la cephalé à l’effort*”, luego Rooke en 1968 propuso el término cefalea benigna del ejercicio incluyendo los pacientes que desarrollaban cefalea con esfuerzos como correr, toser, estornudar, levantar pesos o con la defecación, siendo de inicio súbito y no relacionada con alteraciones estructurales cerebrales. La SIC posteriormente separa la cefalea desencadenada por tos de la precipitada por el ejercicio. Se llama cefalea del ejercicio a aquella que sólo se desencadena a causa de una actividad física de tipo moderado a severo y no debe ser confundida con aquellas cefaleas primarias como la migraña, la cefalea tensional o la cefalea en salvas o racimos las cuales pueden agravarse con el esfuerzo.

La cefalea del ejercicio junto con la cefalea de la tos representan 1% de las cefaleas prevalentes; es más usual en hombres que en mujeres, ambas en la edad media, aunque también hay algunos adolescentes reportados.

En general es bilateral y pulsátil al inicio; en algunos pacientes puede desarrollar un curso similar a la migraña, con fotofobia y náusea. Dura entre 5 minutos y 24 horas, y se previene evitando la actividad física, sobre todo durante el verano o en la altura. Se han descrito como factores precipitantes el calor, la humedad y la falta de entrenamiento. La mayoría de las cefaleas asociadas con el ejercicio son benignas.

Las cefaleas del ejercicio debidas a una causa orgánica pueden ocurrir en pacientes con patologías estructurales intracraneales o incluso extracraneales.

Pascual y colaboradores revisaron 28 casos de cefalea del ejercicio. Encontraron 10 pacientes con hemorragia subaracnoidea, uno con metástasis y uno con pansinusitis. Por lo anterior si la cefalea del ejercicio es de reciente inicio y es paroxística, es necesario realizar una punción lumbar para descartar hemorragia subaracnoidea. Ocasionalmente se puede presentar en el pseudotumor cerebral, trombosis venosa cortical o trombosis de seno sagital. Se han reportado casos de infarto de miocardio o angina como productores de cefalea del ejercicio, la cual seria la llamada cefalalgia cardiaca, que requiere un alto índice de sospecha en especial teniendo en cuenta los factores de riesgo cardiovascular. En ocasiones se ha visto asociada la cefalea del ejercicio a feocromocitoma.

Crterios diagnósticos

Tabla 6. *Crterios diagnósticos de cefalea del ejercicio (24).*

- | |
|--|
| <p>A. <i>Específicamente desencadenada por el ejercicio.</i></p> <p>B. <i>Es bilateral, punzante al inicio y puede desarrollar características migrañosas en algunos pacientes susceptibles para migraña (codificada inicialmente como migraña).</i></p> <p>C. <i>Duración de 5 minutos a 24 horas.</i></p> <p>D. <i>Se previene evitando ejercicios excesivos particularmente en climas cálidos o a gran altitud.</i></p> <p>E. <i>No esta asociada a alteraciones sistémicas o intracraneanas.</i></p> |
|--|

Tratamiento

Como tratamiento principal debe realizarse el acondicionamiento físico progresivo del paciente. Se ha visto respuesta con la administración de ergotamina, indometacina o propranolol previo a la realización de ejercicio.

Cefalea benigna de tos

En esta categoría se incluye la cefalea por el esfuerzo tusígeno, el estornudo, la presión abdominal al defecar, soplar, cantar y otras actividades que provoquen una maniobra de Valsalva (Silberstein SD et al, 1998).

En un estudio realizado por Pascual y colaboradores para evaluar cefaleas por tos, por ejercicio o relacionada con la actividad sexual, identificaron 13 pacientes con cefalea benigna de tos, 10 hombres y 3 mujeres, con una edad promedio de 67 años. Ninguno refería historia de migraña, sólo un paciente tuvo una historia previa de cefalea tipo tensión. El dolor fue desencadenado por otras maniobras de Valsalva en 4 pacientes pero ninguno desencadenó el dolor por el ejercicio excesivo. Se encontraron 17 pacientes con cefalea de tos sintomática con una edad de presentación más baja que la cefalea benigna de tos y en todos se hizo el diagnóstico de malformación de Arnold-Chiari tipo I.

Es una cefalea no muy frecuente, cuyo dolor se inicia en forma súbita con el esfuerzo o luego de varios segundos de iniciado; es severo, asciende rápidamente

hasta su máxima intensidad y luego disminuye en forma progresiva hasta desaparecer en la mayoría de los pacientes, aunque en algunos persiste un dolor de leve intensidad por horas entre los episodios, no suele acompañarse de náusea o vómito y el examen neurológico es por lo general normal.

La fisiopatología de esta entidad no se conoce, aunque se ha propuesto un mal funcionamiento en el manejo del líquido cefalorraquídeo por observaciones en las que se evidenciaba una disociación en el gradiente de presión lumbar y el cisternal (Williams B, 1980).

Entre otros diagnósticos diferenciales aparte de la malformación de Arnold-Chiari tipo I ya mencionada, se han encontrado meningiomas de la fosa posterior, neurinomas del acústico, impresión basilar y quistes en el tercer ventrículo.

Criterios diagnósticos

Tabla 7. Criterios diagnósticos de la cefalea benigna de cefalea.

- | | |
|----|--|
| A. | Cefalea bilateral, de inicio súbito, duración menos de un minuto y precipitada por la tos. |
| B. | Puede ser prevenida al evitar la tos. |
| C. | Puede ser diagnosticada solamente después de haber excluido por neuroimagen lesiones como tumores de fosa posterior o malformaciones tipo Arnold-chiari. |

Tratamiento

El tratamiento con indometacina a dosis de 75 mg/día suele mejorar los síntomas, sobre todo en los casos que se prolonga el cuadro por semanas o meses. El pronóstico es bueno y la cefalea desaparece en cinco años en 80% de los casos.

Bibliografía

- **Headache Classification Committee of the International Headache Society.** Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8 (Suppl 7);1.96.
- **Goadsby PJ, Lipton RB.** A review of paroxysmal hemicrania, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic features, including new cases. *Brain* 1997, 120:193-209.
- **May A, Baha A, Buchel C, Frackowiak RSJ, Goadsby PJ.** Hypotalamic activation in cluster headache attacks. *Lancet* 1998; 351:275-278.
- **Antonaci F, Sjaastad O.** Chronic paroxysmal hemicrania(CPH): a review of the clinical manifestations. *Headache* 1989; 29:648-656.
- **Blau JN, Engel H:** Episodic paroxysmal hemicrania: A further case and review of the literature. *J Neurol Neurosurg psychiatry* 53 :343-344, 1990; 53: 343-344
- **Newman LC, Gordon ML, Lipton RB, et al.** Episodic paroxysmal hemicrania: Two new cases and literature review. *Neurology* 42: 964-966, 1992; 42: 964-966
- **Newman LC, Goadsby PJ, Lipton RB.** Headache: Cluster and related headaches. *Med Clin of Nort Amer.* 2001;85 (4)
- **Raskin NH.** The hypnic headache syndrome. *Headache* 1988; 28:534 -36
- **Rafaelli E, Menon AD.** Migraine and the lymbic system. *Headache* 15: 69-78, 1975; 15: 69-78
- **Goadsby PJ.** Short-lasting primary headaches: focus on trigeminal autonomic cephalalgias and indometacin-sensitive headaches. *Curr Opin Neurol*, 12:273-277, 1999; 12; 273-77
- **Dodick DW, Mosek AC, Campbell JK.** The hypnic headache syndrome. *Cephalalgia* 18:152-156, 1998; 18: 152-156.
- **Morales-Asin F, Mauri JA, Iniguez C, Espada F, Montacero E.** The hypnic headache syndrome: report of three new cases. *Cephalalgia* 18:157-158, 1998; 18: 157 - 158.
- **Sjaastad O, Rusell D, Horven I, et al.** Multiple neuralgiform unilateral headache attacks associated with conjuntival injection and appearing in clusters. *A*

- nosocomial problem. Proceedings of the Scandinavian Migraine Society. 1,1978. Citation.
- **Sjaastad O, Saunte C, Salvesen R, et al.** Short lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection, tearing, sweating, and rhinorrhea. *Cephalalgia* 9: 147-156, 1989; 9: 147 -156.
 - **Sanin LC, Takeuchi Y.** Cefalea y dolor craneofacial: cefaleas misceláneas benignas *McGraw-Hill Interamericana S.A. Bogotá 1ª Edición 2000;132-136.*
 - **Pareja JA, Sjaastad O.** SUNCT syndrome: A clinical review. *Headache* 37:195-202, 1997; 37: 195-202.
 - **Pareja JA, Sjaastad O, Kruszewski P, et al.** SUNCT syndrome: duration, frequency, and temporal distribution of attacks. *Headache* 26:161-165, 1996; 26: 161-165.
 - **Pareja JA, Joubert J, Sjaastad O.** SUNCT syndrome: Atypical temporal patterns. *Headache* 36 : 108-110, 1996;36: 108-110.
 - **D'Andrea G, Granella F, Cadaldini M.** Possible usefulness of lamotrigine in the treatment of SUNCT syndrome. *Neurology* 22:1609, 1999; 22:1609
 - **D'Andrea G, Granella F, Ghiotto N, Nappi G.** Lamotrigine in the treatment of the SUNCT syndrome. *Neurology* 57: 1723-1725, 2001;57:1723-1725.
 - **Green M.** Headache: a spectrum of exertional headaches. *Med Clin of North Amer. Vol 85 Number 4 July 2001; 85: 4.*
 - **Rasmussen BK, Olesen J.** Syntomatic and nonsyntomatic headaches in a general population. *Neurology* 42:1225-1231, 1992; 42: 1225-1231.
 - **Silbert PL, Edis RH, Stewart-Wynne EG, Gubbay S.** Benign vascular sexual headache and exertional headache: interrelationships and long term prognosis. *J Neurol Neurosurg Psichiatry* 54.417-421, 1991; 54:417-421.
 - **Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vasquez-Barquero A, Berciano J.** Cough, exertional and sexual headaches : An analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 46.1520-1524, 1996; 46: 1520-1524.
 - **Williams B.** Cerebrospinal fluid changes in response to cough. *Arch Neurol*, 37:226-230, 1980; 37: 226-230.