

CEFALEA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MIGRAÑA CON AURA Y CEFALEA TENSIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE

MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DE GRUPOS DE TRABAJO DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

AUTORES: EMILIO ILDEFONSO GARCÍA CRIADO.

MÉDICO DE FAMILIA. C.S. DE EL CARPIO. CÓRDOBA.

FRANCISCO JAVIER FONSECA DEL POZO.

MÉDICO DE FAMILIA. CONSULTORIO DE PEDRO ABAD.

CÓRDOBA. ENRIQUE MARTÍN RIOBOÓ.

MÉDICO DE FAMILIA. CS DE LA FUENSANTA. CÓRDOBA.

CARLOS SÁNCHEZ ORTIZ. ESPECIALISTA EN

NEUROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

INTRODUCCIÓN

El dolor de cabeza es una de las afectaciones más frecuentes e incapacitantes, crónicas o episódicas, que padece la humanidad. Se convierte por ello en uno de los motivos de consulta más frecuente, no sólo a demanda, sino, en el área de urgencias en Atención Primaria. Por lo tanto, los médicos de familia, como responsables de la salud de nuestros pacientes, debemos valorar, etiquetar y dar solución al problema que dicha situación clínica nos plantea.

Aproximadamente el 90% de las cefaleas que nos encontraremos en Atención Primaria las podríamos etiquetar de primarias, aumentando estas a un 96%, si

sumamos las de origen secundario de etiología tóxica (alcohol, tabaco), farmacológica, o la provocada por procesos víricos benignos¹.

Dentro de las primarias, la más prevalente sería la cefalea tensional (38% al 78% según la serie), seguida de la migraña (12% al 18%)². Dichas cefaleas primarias son aquellas que no tienen en su etiología procesos estructurales ni metabólicos subyacentes.

Así pues, la IHS³ (International Headache Society), del 2004, distingue 4 tipos de cefaleas primarias

- Migraña.
- Cefalea tipo tensional.
- Cefaleas en racimos y otras cefaleas autonómicas trigeminales.
- Otras cefaleas primarias.

CASO CLÍNICO

Varón de 29 años, repartidor de prensa que viene desplazado de cupo. Desde hace 10 años padece múltiples episodios de cefaleas de intensidad variable y de presentación atípica (a veces rinorrea, molestias en ojo, lagrimeo, congestión nasal y ansiedad) que en los últimos tiempos se están unificando en su forma de aparición. El paciente los define actualmente como dolor de inicio frontal y retroocular, unilateral, pulsátil, que provoca vómitos y náuseas y que mejora con el reposo y la oscuridad. El proceso suele ser de varios días de evolución y se presenta con una frecuencia de 6 a 7 veces al año. Nos comenta que antes del inicio del dolor suele ver como “estrellas”, “olas de agua” y “sensación de pérdida de fuerza en brazo y mano derecha”. Se filió como “cefalea tensional” debido al ritmo estresante de su trabajo y al no mejorar, previo tratamiento con ansiolíticos, paracetamol y metamizol, se derivó al neurólogo para estudio. La variabilidad de su sintomatología clínica en su evolución, según comenta, y la falta de diagnóstico lo han llevado a múltiples consultas de diversos especialistas (otorrinolaringólogo, neurólogo, psiquiatra, etc.), habiendo sido etiquetado de diversas patologías (cefalea en racimos, migraña tensional, sinusitis, poliposis nasal, depresión, etc.), sin tener aún diagnóstico concreto de su patología. Las cefaleas cada vez son más intensas y no mejoran con los tratamientos para la fase aguda ni preventiva que le han prescrito.

Entre sus antecedentes familiares destaca: Madre y una hermana mayor con diagnóstico de migrañas. En la actualidad ambas están en tratamiento preventivo con buenos resultados.

Como antecedentes personales no destaca ninguna patología de comorbilidad. Es fumador de 20 cigarrillos/día y no consume bebidas alcohólicas.

Dada su condición laboral de conductor de ruta para distribución de prensa, el dolor le limita su labor profesional con el consiguiente estrés y los problemas de incapacidad laboral que ello conlleva.

DISCUSIÓN

La migraña es una cefalea primaria que se caracteriza por presentar diversos grados de frecuencia, intensidad y duración, suele ser hemisférica y pulsátil y asociada a síntomas vegetativos, neurológicos (fotofobia, olorofobia, sensibilidad al movimiento, alteración del estado de ánimo, fonofobia, etc.) y gastrointestinales (náuseas y vómitos).

Su prevalencia, como ya comentamos anteriormente no se conoce con exactitud, aunque no es la más frecuente de las cefaleas (afecta alrededor del 12% de la población general).

Es más frecuente en mujeres que en varones (2-3/1), sobre todo a partir de la pubertad. La edad de inicio se sitúa en la segunda década de la vida, debutando y alcanzando su máxima expresión de prevalencia hacia los 40 años, remitiendo a partir de esa edad. Nuestro paciente, aunque varón, se encuentra en el grupo etario típico de padecer dicha patología.

La IHS (2004)³, clasifica la migraña en seis tipos diferentes, no obstante dicha clasificación (Tabla 1), es poco útil para los médicos de Atención Primaria que nos debemos guiar por una clasificación basada en la prevalencia de la población⁴ que atendemos en nuestras consultas.

Como toda cefalea primaria basaremos su diagnóstico fundamentalmente en criterios clínicos, confirmándolo mediante pruebas complementarias y de neuroimagen.

La historia clínica juega un papel fundamental al permitirnos identificar los criterios propuestos por la IHS en las diversas fases evolutivas de la migraña.

En el caso de nuestro paciente, la exploración neurológica básica fue normal sin que precisara ninguna intervención exploratoria más.

El dolor presentaba unas características típicas y criterios de migraña con aura. La localización unilateral y frontal junto con las náuseas y vómitos y presencia del cortejo del aura así lo indicaban⁴. El factor desencadenante en este caso parece ser el estrés laboral, habiendo antecedentes familiares que apoyan el factor hereditario del cuadro.

Nos basamos pues en la Historia Clínica mediante

TABLA 1. Clasificación de la migraña según su prevalencia en población consultante

- A. Migrañas frecuentes (\pm 90% de todas las migrañas):
 - Migraña sin aura (85%).
 - Migraña con aura típica (15%).
- B. Migrañas poco frecuentes (\pm 10% de todas las migrañas):
 - Migraña con aura atípica
 - Migraña retiniana.
 - Migraña basilar.
 - Migraña hemipléjica familiar

Tomado de J. Castillo Obeso. Migraña. Guía de Buena Práctica Clínica. Migraña y otras cefaleas. 2003 Madrid, Ed. IMC. SA⁴.

una Anamnesis bien estructurada para llegar al diagnóstico de presunción del cuadro clínico de "Migraña con Aura"^{5,6}.

Al inicio de la patología, el médico de familia, pudo confundir el cuadro clínico con una cefalea tensional, habida cuenta, que el paciente no presentaba "aura", según expresa en su relato. Por ello, ante esta situación, es importante conocer el diagnóstico diferencial entre ambos tipos de patologías (Tabla 2)⁷.

El largo peregrinar del paciente migrañoso por múltiples consultas de especialistas es muy típico como es el caso que nos ocupa. Existen componentes de ansiedad y estrés, habiendo situaciones en las que nos podemos encontrar con migrañas transformadas⁸. No obstante, nuestro paciente habría confundido en su apreciación diagnóstica al neurólogo, que lo etiquetó de cefalea en racimos (al hablar de componente de rinoresaca, lagrimeo y congestión nasal). Estos síntomas clínicos podrían tener su base en la poliposis nasal que padecía y que fue confirmada con posterioridad.

La cefalea del paciente a estudio provoca una gran incapacidad, exacerbada si tenemos en cuenta que su profesión de conductor y que el aura acompañante limita los reflejos y disminuye la capacidad de concentración. A ello podemos unir que la toma de analgesia y sedantes merma, aún más si cabe, dichas aptitudes.

Respecto al tratamiento, nos planteamos proporcionar a nuestro paciente una terapia que solucione este problema con eficacia y con los mínimos efectos secundarios.

Hoy día el ácido valproico se utiliza como tratamiento de elección en la crisis de migraña con aura, siendo muy útil para tratar pacientes que además presenten migrañas que se acompañen con cefaleas tensionales. Debemos utilizarlo a dosis de 500-1500 mg/día⁹.

CEFALEA

TABLA 2. Diagnóstico diferencial entre migraña y cefalea de tensión y sus características más habituales

	Migraña	Cefalea de tensión
Sexo	Mujer	Mujer
Comienzo	Progresivo	Progresivo
Duración	4-72 horas	30 minutos-7 días
Localización	Hemicraneal	Holocraneal
Cualidad	Pulsátil	Opresiva
Traqueteo	Positivo	Negativo
Intensidad	Moderada a severa	Leve a Moderada
Acompañante	Aura Náusea/vómito	Foto-sonofobia Foto-sonofobia
Desencadenantes	Estrés, alimentos Menstruación, etc.	Estrés, ansiedad, etc.

Tomado de Silvia Copetti Fanlo. Cefalea Tensional Episódica. FMC 1999; (6) supl 10: 43-49 7.

En el caso que nos concierne y debido a la profesión del paciente, debemos tener en cuenta que este fármaco puede alterar la capacidad de conducción. Por ello, la hora de escoger la terapia adecuada sería importante. Sería conveniente debido al componente estresor y dada la profesión del paciente, recomendar, además, ejercicio de autorelajación y fisioterapia para evitar contracturas musculares en cuello.

Como tratamiento preventivo nos podríamos plantear administrar betabloqueantes. Serían los fármacos de elección (si no hay contraindicación) para la profilaxis de la migraña. Dentro de este grupo los más utilizados son el propranolol (Nivel de evidencia 1A) y el nalodol (Nivel de evidencia 1B), máxime si esta se asocia a síntomas de ansiedad o estrés y en migrañosos que presenten temblores o hipertensión. Sus efectos adversos serían cansancio, astenia con disnea, opresión

torácica y alteraciones de memoria y del sueño. Dentro de este grupo las dosis se pueden incrementar progresivamente, tal es el caso del propranolol en el que se puede llegar a dar dosis de 160 mg/día comenzando con 20 mg repartidos en cada comida. La presentación retard de este producto, debido a su larga semivida, hace muy cómoda su administración una vez alcanzados los niveles sanguíneos adecuados.

Caso de que fallaran los betabloqueantes solos, podríamos plantearnos utilizar como una segunda opción en la profilaxis, la combinación con amitriptilina a dosis bajas o el ácido valproico a dosis de 500-1500 mg/día, (nivel de Evidencia 1 Recomendación A). Entre sus efectos secundarios destaca la hepatitis aguda que habrá que vigilar periódicamente mediante petición de analíticas de control. También puede provocar alopecia, aumento de peso y alteraciones gastrointestinales.

La evolución del paciente fue satisfactoria y a los dos meses había sufrido solo una crisis de migraña que controló que una dosis de ácido valproico, encontrándose muy satisfecho de la evolución de su migraña. Comenta que ha frenado otros inicios de posibles crisis de migraña con la toma de naproxeno sódico a dosis de 1.100 mg y con ejercicios de relajación y reposo. También practica ejercicios en su domicilio y en situaciones de estrés y asiste a un gimnasio donde practica clases de yoga.

En la actualidad sigue a la espera de una revisión con el neurólogo, aunque según comenta, sin un gran convencimiento de que le vayan a mejorar su diagnóstico y tratamiento.

Es importante el aprendizaje del caso clínico debido a que tras la reevaluación en la consulta programada, se ha conseguido diagnosticar y tratar en Atención Primaria un caso más de "migraña con aura".

BIBLIOGRAFÍA

- Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999; 39: 190-196.
- H Liaño Martínez, M. Liaño Riera. Cefaleas: Concepto, Epidemiología e impacto socioeconómico. *Medicine* 2003; (8): 5013-5020.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders 2ª ed. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 1-150. URL disponible en: <http://www.i-h-s.org> (acceso 4 de octubre de 2003).
- J. Castillo Obeso. Migraña. Guía de Buena Práctica Clínica. Migraña y otras cefaleas. 2003 Madrid, Ed. IMC. SA
- García Criado EI, Historia Clínica y Anamnesis. Guía de Buena Práctica Clínica. Migraña y otras cefaleas. 2003 Madrid, Ed. IMC. SA 13- 29.
- Pascual J. Diagnóstico y diagnóstico diferencial. En Pascual J, Migraña. Barcelona. Masson. 2001;75-88.
- Silvia Copetti Fanlo Cefalea Tensional Episódica. FMC 1999; (6) supl 10: 43-49.
- Davidoff RA. Differential diagnosis, En: Migraine: manifestations, pathogenesis, and management. Contemporary neurology series, vol. 42. Philadelphia: F. A. Davis, 1995: 108.
- Silberstein SD, Saper JR, Freitag FG. Migraine: Diagnosis and Treatment. En: Wolff S Headache and Other Head Pain. Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. ed. Oxford University Press. New York 2001. 121-237.