

Actuación ante una cefalea aguda en urgencias

Servicio de Neurología
Hospital Universitario Central de Asturias
Oviedo

INTRODUCCIÓN

La alta prevalencia del síntoma «cefalea» (recordemos que el 90% de la población ha aquejado algún episodio de cefalea en el año previo¹) condiciona una elevada demanda de asistencia sanitaria de la que no se ven libres los servicios de urgencias. Algunos trabajos han intentado cuantificar esta realidad asistencial y han constatado que las cefaleas representan entre el 1 y el 2% de todas las visitas a un departamento de urgencias²⁻⁴. Afortunadamente, en la mayoría de las ocasiones se trata de simples exacerbaciones de cefaleas recurrentes primarias^{3,4}. Ello no quita que debamos mantener una actitud de alerta a fin de reconocer las diferentes causas de cefalea secundaria, algunas de ellas con pronóstico muy grave si no son adecuadamente identificadas y correctamente tratadas. Esto implica que cualquier paciente con cefalea (máxime si ésta es aguda) debe ser sometido a una evaluación médica completa. El primer paso consistirá en obtener una adecuada historia clínica que se completará, cuando las circunstancias del caso así lo aconsejen, con las pruebas o técnicas complementarias que se estimen oportunas. Si tras esa evaluación inicial no puede determinarse el origen de la cefalea, la actitud más prudente pasa por la observación o el ingreso hospitalario. En este sentido el paciente sólo debería abandonar el servicio de urgencias si el diagnóstico de la cefalea está claro y si la evolución y respuesta al tratamiento instaurado han sido las esperadas para el tipo concreto de cefalea que hemos supuesto. En aquellos casos en los que la cefalea tenga un carácter recurrente será conveniente remitir al paciente a una consulta especializada en la que pueda asumirse el seguimiento a largo plazo.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

El diagnóstico de las cefaleas recae, en la inmensa mayoría de las ocasiones, en una historia clínica bien realizada. El objetivo último de ésta es determinar si la cefalea del paciente se ajusta al patrón de alguna de las entidades que se caracterizan por la aparición de cefaleas de forma recurrente y que representan en sí mismas «la enfermedad» del paciente (cefaleas primarias) o si, por el contrario, la cefalea que tenemos ante nosotros no es más que «un síntoma» de otro proceso médico (cefaleas secundarias)⁵ (fig. 1). En el primer caso el diagnóstico se sustentará en la descripción que el propio paciente nos haga de su cefalea y en la ausencia de hallazgos exploratorios anormales. En el segundo supuesto no serán tanto las características de la cefalea las que determinen el diagnóstico, sino que serán otros los datos que permitirán constatar que la cefalea no es más que un síntoma de otra entidad. En cualquier caso, los médicos que trabajen en servicios de urgencias, sea a nivel hospitala-

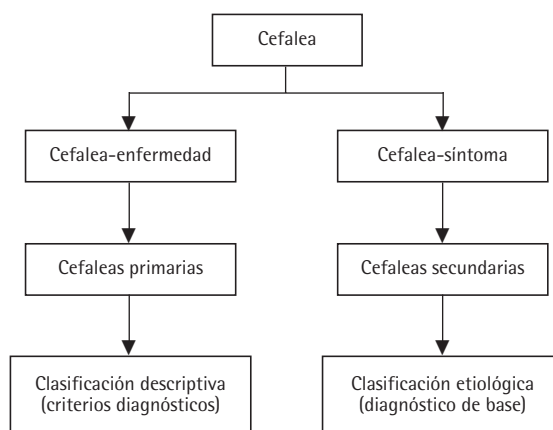


Figura 1 | *Aproximación diagnóstica al paciente con cefalea. Nuestro primer objetivo debe ser dilucidar si nos encontramos ante una cefalea primaria (la cefalea representa en sí misma la enfermedad del paciente) o bien ante una cefalea secundaria (la cefalea es únicamente un síntoma).*

rio o en centros de atención primaria, así como los especialistas que pueden ser llamados en calidad de consultores para evaluar a pacientes con cefalea aguda, deben estar lo suficientemente familiarizados con las principales entidades capaces de producirlas como para que sus actuaciones sean diligentes a la vez de resolutivas.

Anamnesis

Durante la misma deben recabarse el mayor número de datos (forma de instauración, carácter o cualidad del dolor, localización, intensidad, perfil temporal, factores precipitantes a agravantes, síntomas asociados, etc.) a fin de poder construir el armazón sobre el que sustentar el diagnóstico definitivo. Resultará también de gran utilidad conocer si el paciente dispone de algún estudio diagnóstico previo, así como la respuesta a los tratamientos que se hayan ensayado en el pasado (inmediato o remoto). Por último no debe dejar de indagarse el motivo por el que el paciente ha decidido, en ese momento concreto, acudir al servicio de urgencias. En la gran mayoría de ocasiones estas consultas por cefalea podrán encuadrarse en alguno de los epígrafes de cefaleas primarias de la Clasificación Internacional⁶. En concreto, migraña y cefalea tensional aparecen con frecuencia como las causas más comunes de consulta por cefalea en los servicios de urgencias^{3,4}, circunstancia en la que influye, sin duda, el hecho de que sean las cefaleas más prevalentes en la población general. El hecho por el que muchos de estos pacientes acaban en un servicio de urgencias cabe ponerlo en relación con un abordaje claramente insuficiente e inespecífico de sus cefaleas de base a nivel domiciliario³.

En lo que respecta a las cefaleas secundarias, el servicio de urgencias es el lugar idóneo al que acudir cuando se sufre una cefalea aguda explosiva o con síntomas acompañantes. Es por ello que los médicos encargados deben prestar especial atención para que «no se escapen» cefaleas sintomáticas potencialmente graves⁷. En este sentido, hay que prestar especial atención a aquellas entidades en las cuales el error diagnóstico tiene pocas posibilidades de ser subsanado *a posteriori*, como es el caso de la hemorragia subaracnoidea (HSA) y las infecciones del sistema nervioso central (SNC). Aunque cualquier médico con una mínima experiencia sabrá identificar una HSA «típica» (cefalea de comienzo explosivo asociada a un deterioro del nivel de conciencia, presencia de signos neurológicos focales y rigidez nuchal) o un «síndrome meníngeo agudo» (cefalea acompañada de fiebre, vómitos y rigidez nuchal), no es menos cierto que ambos procesos son, a veces, motivo de error diagnóstico. En este sentido es preciso recordar que la rotura de un aneurisma puede antecederse en los días o semanas previos de mínimos sangrados, cuya expresividad clínica puede no ser muy florida⁸. Otras veces el propio crecimiento del aneurisma (anterior a su rotura) se manifiesta como una cefalea poco específica que puede ser fácil motivo de confusión⁹ (fig. 2). Ello explica que hasta una cuarta parte de los pacientes con una HSA hayan consultado en los días o semanas previas por una cefalea que fue interpretada como

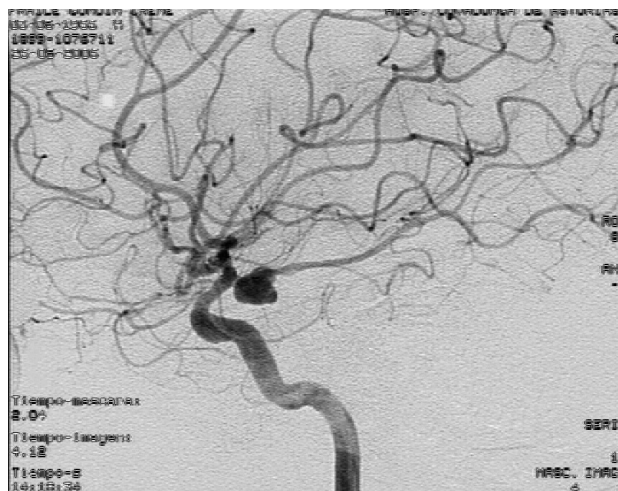


Figura 2 Estudio angiográfico en el que se aprecia un aneurisma dependiente de la arteria comunicante posterior. La paciente había acudido a urgencias en varias ocasiones por cefaleas explosivas de características migrañoides en las que los estudios practicados (tomografía computarizada y líquido cefalorraquídeo) habían sido repetidamente normales.

banal¹⁰. Con respecto a las meningitis debe recordarse que en los procesos subagudos o crónicos la fiebre puede faltar o estar limitada a una simple febrícula, que la cefalea puede ser inespecífica y que los signos de irritación meníngea pueden estar ausentes. Es en las edades extremas de la vida (lactantes y ancianos) cuando las dificultades diagnósticas se acrecentan por cuanto la expresividad del síndrome meníngeo en ocasiones brilla por su ausencia. Una actitud de alerta será la clave para solicitar un estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) que, en estos casos, será vital. De forma resumida, los pacientes que acuden por cefaleas de reciente comienzo y aquellos otros que, aun teniendo cefaleas de base, refieren que las características de éstas han cambiado sustancialmente deben ser concienzudamente evaluados a fin de excluir cefaleas sintomáticas⁷.

Exploración

Como en cualquier otro proceso asistencial, una exploración meticulosa es el complemento ineludible de una anamnesis correcta. En el caso que nos ocupa pasa por la realización de una exploración neurológica básica en la que no debemos olvidar la exploración del fondo de ojo. Si los datos de la anamnesis van a favor de una cefalea primaria nuestro objetivo con la exploración neurológica será «certificar» que ésta es normal en tanto se trata de un requisito de obligado cumplimiento para mantener nuestra impresión diagnóstica inicial. Si, por el contrario, la anamnesis nos orienta hacia una posible cefalea secundaria, la exploración deberá documentar aquellas anomalías que nos permitan ratificarnos en esa presunción. En este sentido puede ser de utilidad repasar los «criterios de alarma» de una cefalea re-

comendados por el Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN)¹¹ (tabla 1).

Estudios diagnósticos

Se comentarán aquí únicamente aquellos estudios disponibles en los servicios de urgencias y con especial utilidad en el estudio de los pacientes con una cefalea aguda.

Estudios analíticos

Salvo en lo que respecta a la determinación de una velocidad de sedimentación globular en los pacientes mayores 50 años, los estudios analíticos adolecen, en general, de utilidad en el estudio del paciente con cefalea. Ello no quita que puedan ser importantes (o incluso imprescindibles) para el diagnóstico de algunas entidades en las que el síntoma cefalea puede también estar presente (leucosis, coagulopatías, sepsis, etc.).

Tomografía computarizada craneal

La realización de una tomografía computarizada (TC) craneal estará especialmente indicada en aquellas cefaleas de reciente comienzo que se acompañen de algún grado de dis-

función neurológica, en las que exista alguna anomalía exploratoria y en las que se haya producido un cambio cualitativo o cuantitativo con respecto a las características previas en un paciente dado, es decir, siempre que exista alguno de los «criterios de alarma» antes comentados. También puede estar indicado realizar una TC craneal como paso previo a una punción lumbar (a menos que la urgencia de ésta no permita demoras). En algunos casos, siempre de forma individualizada, puede ser preciso administrar contraste (confirmación de una malformación vascular, procesos expansivos, abscesos, etc.). Es obligado recordar que la TC craneal también tiene «falsos negativos». En este sentido, y en relación al tema que nos ocupa, la TC puede ser «aparentemente normal» en el 10-15% de los pacientes con un sangrado subaracnoideo (la intensidad del sangrado, la capacidad de resolución del escáner y el tiempo transcurrido serán determinantes). En estas circunstancias (sospecha de hemorragia subaracnoidea con TC craneal aparentemente normal) debe procederse a la realización de una punción lumbar que nos permita confirmar o descartar el sangrado sospechado. En la figura 3 se expresa «el planteamiento mental» por el que el clínico debe guiarse a la hora de considerar un estudio de neuroimagen. En las tablas 2 y 3 se relacionan aquellas circunstancias concretas en las que se recomienda realizar una TC y nos sirven, además, para comparar los diferentes puntos de vista que al respecto se expresan en algunos textos americanos (indicaciones centradas en entidades concretas) o en el libro de recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN (las indicaciones son más sindrómicas). En cualquier caso merece la pena resaltar que sólo el 1% de los pacientes que acuden a urgencias por una cefalea aguda aquejan un proceso subyacente grave. Es por ello que algunas guías subordinan la indicación de un estudio de neuroimagen al grado de sospecha clínica (muy urgente, urgente o de rutina)¹².

Punción lumbar

Dado su carácter de procedimiento invasivo (y por tanto no exento de riesgos), su práctica debe quedar restringi-

Tabla 1	Síntomas o signos que pueden considerarse indicados de una posible cefalea secundaria (criterios de alarma) ¹¹
	Cefalea intensa, de comienzo súbito Empeoramiento reciente de una cefalea crónica Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente Localización unilateral estricta (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino, hemicránea continua y otras cefaleas primarias unilaterales) Cefalea con manifestaciones acompañantes: Trastorno de conducta o del comportamiento Crisis epilépticas Alteración neurológica focal Papiledema Fiebre Náuseas y vómitos no explicables por una cefalea primaria (migraña) ni por una enfermedad sistémica Presencia de signos meníngeos Cefalea precipitada por un esfuerzo físico, tos o cambio postural Cefalea de características atípicas Cefalea refractaria a un tratamiento teóricamente correcto Cefalea en edades extremas de la vida Cefalea de presentación predominantemente nocturna Cefalea en pacientes oncológicos o inmunocomprometidos

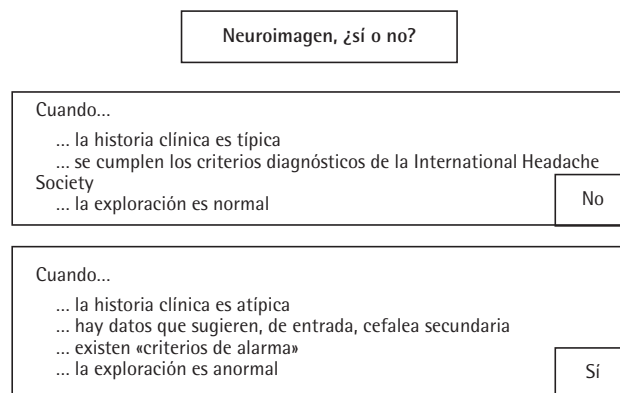


Figura 3 Planteamiento a seguir a la hora de considerar un estudio de neuroimagen.

Tabla 2	Criterios para solicitar una tomografía computarizada craneal urgente. Punto de vista americano ⁷
Sospecha de hemorragia o infarto cerebeloso Ictus agudo en paciente bajo tratamiento con anticoagulantes Historia clínica o exploración sugestiva de hemorragia intraparenquimatosa o proceso expansivo intracranial Hipertensión endocraneal aguda Como paso previo a una punción lumbar en pacientes con sospecha de infección del sistema nervioso central Traumatismo craneal con signos de hipertensión endocraneal Fractura de cráneo hundida o traumatismo craneal penetrante Traumatismo craneal con test de Glasgow inferior a 9	

da a los pacientes en los que se precisa confirmar o descartar una infección del SNC o, como ya se ha comentado, ante la sospecha de un sangrado subaracnoideo en el que la TC no ha sido concluyente. La punción lumbar debe realizarse con técnica aséptica, con aguja de bajo calibre y, a ser posible, por alguien suficientemente experimentado a fin de minimizar (entre otros) el riesgo de una punción traumática. Ante la sospecha de una lesión estructural, o si existe clínica de hipertensión endocraneal, es imprescindible disponer de un examen fundoscópico y de una TC craneal. Con independencia del aspecto macroscópico del LCR, todas las muestras deben ser procesadas con una sistemática básica que debe incluir la cuantificación celular y la determinación de las características bioquímicas elementales (glucorraquia y proteinorraquia). Es útil reservar siempre una muestra para el caso en que sea preciso realizar estudios bacteriológicos. No

Tabla 3	Indicaciones para la realización de una tomografía computarizada craneal en el estudio diagnóstico del paciente con cefalea (Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología ¹¹)
Cefalea intensa de inicio explosivo (cefalea en estallido) Cefalea de evolución subaguda con curso evolutivo hacia el empeoramiento progresivo Cefalea asociada a síntomas o signos neurológicos focales diferentes del aura migrañosa Cefalea asociada a papiledema o rigidez nucal Cefalea asociada a fiebre no explicable por enfermedad sistémica Cefalea y signos/síntomas de hipertensión endocraneal Cefalea no clasificable por la historia clínica Cefalea en pacientes que dudan del diagnóstico, en quienes existe una marcada ansiedad o que expresan temor ante un eventual proceso intracranial serio	

es infrecuente que un paciente acuda al servicio de urgencias horas o días después de una primera visita al mismo durante la cual se le realizó una punción lumbar. Si en la primera evaluación la exploración y el LCR fueron estrictamente normales y, salvo la cefalea, no existen otros datos clínicos atípicos, posiblemente nos encontremos ante una cefalea pospunción lumbar^{13,14}. Como es bien conocido, es característico de esta entidad que la cefalea se exacerbe con la bipedestación (o el simple intento de incorporarse de la cama) y se alivie con la adopción de una postura en decúbito. No debe extrañarnos encontrar cierto grado de meningismo. En estos casos el sentido común y la observación clínica deben ser los pilares sobre los que asentar nuestra actuación por cuanto realizar una nueva punción en estas circunstancias agravará sensiblemente el síndrome pospunción y, por el contrario, no hacerla en una meningitis real puede conllevar un retraso diagnóstico con consecuencias imprevisibles.

APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA

En este apartado se abordarán únicamente el tratamiento de la crisis aguda de migraña y el de la cefalea en racimos por cuanto el tratamiento de las cefaleas secundarias queda supeditado al de la causa subyacente. Ello no excluye que puedan (y deban) iniciarse las actuaciones específicas al problema en cuestión (administración de la primera dosis de antibióticos ante una meningitis bacteriana aguda, estabilización clínica ante un sangrado subaracnoideo, inicio de medidas «antiedema» ante una situación de hipertensión endocraneal, etc.) al tiempo que se instaura un tratamiento puramente sintomático de la cefalea acompañante.

Tampoco se tratarán aquí las diferentes modalidades de tratamientos preventivos hoy día disponibles para las diferentes cefaleas primarias. Ni el servicio de urgencias ni, por extensión, la «guardia médica» representan el lugar o el momento idóneos para valorar en todos sus términos el tratamiento de fondo de una cefalea primaria. En opinión personal del autor no es una actitud realista intentar conseguir la solución definitiva de un problema crónico tras el paso, siempre breve, por un servicio de urgencias, máxime cuando es casi seguro que tanto el paciente como el médico estarán desbordados por los acontecimientos (el primero inmerso en una crisis aguda y el segundo agobiado por las múltiples tareas pendientes en su buscaperonas). Es por ello que aquellos pacientes con frecuentes visitas a urgencias por cefalea deben ser remitidos a una consulta especializada en la que pueda abordarse, en un clima de sosiego y tranquilidad por ambas partes, la historia global del paciente y puedan ponerse en práctica estrategias de tratamiento (sintomático y preventivo) que eviten al paciente nuevas visitas a urgencias.

Crisis aguda de migraña

El paciente migrañoso que acude al servicio de urgencias suele hacerlo tras haber intentado controlar sin éxito

la crisis en su domicilio. Las razones para este fracaso pueden ser múltiples: utilización de fármacos inadecuados (en general inespecíficos), dosis insuficientes, retrasos en la toma de la medicación, etc. En otras ocasiones la visita a urgencias estará motivada por la presencia de una crisis de intensidad inusualmente alta, muy prolongada en el tiempo o con características atípicas (aura), circunstancias todas ellas que conllevan en quien la sufre desasosiego, inquietud y temor.

Antes de considerar qué fármaco se debe utilizar en esta crisis aguda de migraña es conveniente que recordemos someramente de qué opciones disponemos. En este sentido es útil dividir los fármacos disponibles en dos grandes grupos. Por una parte, los fármacos inespecíficos (analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]). Por otra, los fármacos específicos (ergotamínicos y triptanes)¹⁵. De los primeros, los AINE representan la opción de entrada en las crisis de moderada intensidad. En función de la coexistencia de manifestaciones digestivas, patologías concomitantes y experiencias previas se elegirá el fármaco y la vía de administración. En principio cualquier AINE puede ser útil, aunque los más utilizados son naproxeno (en especial su sal sódica), ibuprofeno, dexketoprofeno y ketorolaco. Para cualquiera de estos fármacos la probabilidad de abortar una crisis aguda de migraña será directamente proporcional a la prontitud con que se administre (algo bien conocido por todos los migrañosos) y siempre que se haga a dosis suficientes (un error muy extendido es utilizar dosis bajas y repetidas). En la tesitura de tener que utilizar un AINE para tratar una crisis aguda de migraña en urgencias pueden ser de especial utilidad las presentaciones parenterales de dexketoprofeno trometamol y ketorolaco trometamol, solas o asociadas a antieméticos (algunos como la metoclopramida tienen, *per se*, su utilidad en la crisis aguda de migraña) o a alguna benzamida (tiaprida o sulpirida son las más utilizadas en nuestro medio).

Un segundo grupo de fármacos antimigrañosos es el formado por aquellos con un mecanismo de acción más específico. Entre éstos, los ergóticos son ampliamente utilizados en España (generalmente por autoconsumo, pero también por prescripción médica), siendo responsables en buena medida de muchos casos de migraña transformada por abuso de analgésicos¹⁶, cefaleas de rebote, ergotismo, etc. Todo ello ha conllevado que a día de hoy su utilización en la migraña quede restringida a indicaciones y situaciones muy concretas¹⁷.

El segundo subgrupo lo representan los triptanes. Estos fármacos parten con la ventaja de haber sido diseñados sobre la base de una aproximación fisiopatológica al origen de la crisis de migraña. Tanto por su eficacia como su perfil de seguridad son más aconsejables que los ergóticos. Presentan, además, la ventaja de actuar también sobre los síntomas acompañantes (fotofobia, sonofobia, náuseas). Desde la introducción en clínica del sumatriptán se han sucedido otros y hoy día tenemos disponibles en España seis fármacos

más de esta misma familia terapéutica (naratriptán, zolmitriptán, rizatriptán, eletriptán, almotriptán y frovatriptán). Todos ellos están disponibles para su administración por vía oral (las dosis varían según cada fármaco) y algunos tienen vías de administración alternativas. Así, el sumatriptán puede administrarse también por vía subcutánea (opción muy aconsejable para utilizar en el servicio de urgencias) o intranasal. Esta última vía de administración (intranasal) también está disponible para zolmitriptán. En los últimos años cada vez hay más datos que apoyan el uso conjunto (con fines sinérgicos) de triptanes y AINE.

Estatus migrañoso

El estatus migrañoso merece, por sus implicaciones prácticas, un apartado específico dentro de este capítulo. Siguiendo la definición oficial de la International Headache Society podemos asumir que un paciente está en situación de estatus cuando su crisis de migraña persiste pasadas 72 h a pesar del tratamiento⁶. Cualquiera que se haya enfrentado al reto de tratar a un paciente en esta situación será plenamente consciente del altísimo grado de discapacidad inherente a la misma. Baste pensar que el paciente lleva más de 3 días con dolor (generalmente intenso) al que hay que sumar la intolerancia sensorial, las náuseas y/o vómitos. Además habrá tomado una o varias dosis de medicación analgésica que, aparte de haberse mostrado ineficaces para controlar la crisis, es posible que hayan conllevado algún efecto colateral (fundamentalmente de índole digestiva). Por otra parte es muy probable que el paciente no haya podido conciliar un sueño auténticamente reparador en los días (3 como mínimo) que lleva en estatus. Es por ello que intentar controlar esta situación con nuevas dosis de medicación oral es una conducta abocada al fracaso. La vía parenteral y el tratamiento agresivo deben ser los pilares de nuestra actuación. El hospital (bien en su área de urgencias o, si la situación lo aconseja, en la planta de hospitalización de neurología) se convierte en el lugar idóneo para que el paciente reciba el tratamiento adecuado y que puede resumirse en el siguiente esquema¹⁸:

- **Hidratación.** Es imprescindible establecer una fluidoterapia parenteral adecuada que permita restituir el déficit acumulado a lo largo de las 72 h (como mínimo) que el paciente lleva en esa situación.
- **Sedación.** Una benzodiazepina parenteral (diazepam 5-10 mg) además de aliviar la ansiedad del paciente facilitará el sueño reparador que tanto precisa. Una opción alternativa es la administración de un neuroléptico suave.
- **Antieméticos y gastroprotectores.** A los vómitos propios de la crisis migrañosa es muy probable que se hayan asociado los síntomas de intolerancia digestiva propiciados por la toma indiscriminada de analgésicos y AINE en el intento desesperado de controlar la situación. La metoclopramida por vía intrave-

nosa (10 mg) suele ser la opción más común. En cuanto al gastroprotector, tanto los anti-H2 como los inhibidores de la bomba de protones son opciones válidas.

- **Analgesia.** Si el síntoma principal es el dolor este apartado no puede quedar sin cubrir. Una buena opción son los AINE parenterales (ketorolaco trometamol, dexketoprofeno trometamol) o incluso los esteroides (dexametasona intravenosa). Si el paciente, a pesar del tiempo transcurrido, no ha tomado ninguna dosis de un triptán al momento de llegar al hospital, aún podemos esperar respuesta con alguno de ellos (6 mg de sumatriptán subcutáneo sería la opción más lógica en el servicio de urgencias).
- **En casos de fracaso de estas medidas pueden plantearse otros fármacos.** La dihidroergotamina intravenosa, que en los textos americanos aparece como la primera opción a utilizar en estos casos, no está comercializada en España, con lo que su utilidad práctica para nosotros es nula¹⁹. Disponemos, sin embargo, de otras opciones parenterales, como el valproato sódico²⁰, fármaco que en opinión personal del autor representa una opción muy válida y que puede ser considerada en el manejo del estatus migrañoso. A efectos prácticos se utiliza igual que en el estatus epiléptico, esto es, con una dosis de carga (400-800 mg) y una posterior infusión continua (al ritmo necesario para 1.600 mg/24 h).

En la experiencia personal del autor el estatus migrañoso es una condición generalmente «muy agradecida» al esquema terapéutico aquí señalado, con el que el paciente puede ser dado de alta en un espacio de tiempo relativamente corto. Quizá sea ese el momento para plantearse cuáles fueron las circunstancias (si es que las hubo) que acarrearon esa situación para, en su caso, adoptar las medidas tendentes a evitarlas en el futuro. Un correcto plan de tratamiento de la migraña, tanto sintomático como preventivo, y unas estrictas normas para evitar el autoconsumo de medicación analgésica, son de obligada discusión con el paciente.

Cefalea en racimos

Dadas las peculiares características de estas crisis (rápida instauración hasta el acmé y duración relativamente corta) no tiene mucho sentido utilizar fármacos (ni tan siquiera triptanes) por vía oral. Hoy día el fármaco de elección sigue siendo el sumatriptán subcutáneo (6 mg), cuya eficacia ha quedado suficientemente demostrada, no sólo en los estudios llevados a cabo al efecto, sino en la práctica clínica con estos pacientes a lo largo de los 15 años que lleva comercializado²¹. Las formulaciones nasales de triptanes han demostrado unos efectos más modestos, y aunque pueden considerarse una alternativa en algunos pacientes no han desplazado ni mucho menos a la formulación subcutánea de sumatriptán. El segundo pilar sobre el que se asienta el tratamiento sintomático de la cefalea en racimos es el

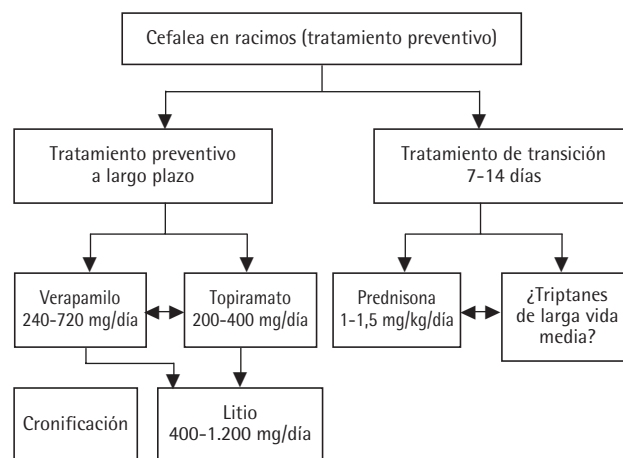


Figura 4 Esquema de tratamiento preventivo (de transición y a largo plazo) de la cefalea en racimos¹¹.

oxígeno, administrado a flujo alto (6-10 l/min) y durante 10-15 min²². El abordaje a largo plazo de estos pacientes debe hacerse desde una consulta especializada de neurología. Sin embargo, dado que esta consulta es posible que se demore, puede ser obligado comenzar ya en urgencias con el tratamiento preventivo. En este sentido cabe considerar dos líneas de tratamiento. Por una parte está el tratamiento preventivo «a corto plazo» o «de transición», cuyo fin es acortar el racimo actual del paciente. Los corticoides son hoy por hoy la opción terapéutica más utilizada con este fin. En general se comienza con prednisona (o su equivalente) a dosis de 1 mg/kg/día para mantener 3-5 días y posteriormente comenzar a retirar de forma paulatina, aunque también se han propuesto pautas de corticoides parenterales²³. Queda por determinar el papel de los triptanes de vida media larga en esta situación. Al mismo tiempo se instaura también el «tratamiento preventivo de fondo» o «a largo plazo» encaminado a mantener al paciente asintomático una vez retiremos el tratamiento «de transición». El fármaco más utilizado (y eficaz) a tales efectos es el verapamilo a dosis de 240-360 mg/día (en casos excepcionales puede llegarse a los 720 mg o más)²⁴. Los neuromoduladores (topiramato²⁵, valproato²⁶) y el litio²⁷ son otras alternativas a considerar. En la figura 4 se resumen estas diferentes opciones de tratamiento preventivo de una manera esquemática. Al respecto es importante volver a recordar que el tratamiento de transición y el preventivo a largo plazo deben instaurarse al mismo tiempo con el fin de que el segundo esté en condiciones de actuar cuando se retire el primero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silberstein SD, Lipton RB. Headache epidemiology. *Neurol Clin* 1996;14:421-34.
2. Bourrier PH, Perroux D, Lannehoa Y, Thomas O. Épidémiologie des céphalées de l'adulte dans les services d'urgences. En: Phi-

- lippe Bourrier, editor. *Céphalées en urgence*. París: Masson, 2001; p. 3-10.
- Mateos V, González-Delgado M, de la Vega V, García J, Benavente L. Evaluation and management of headaches in an emergency department in Spain. *Headache* 2004;44:486-7.
 - Díaz Insa S, Romero E. ¿Qué pacientes acuden al servicio de urgencias por cefalea? *Kranion* 2005;5:41-8.
 - Mateos V. Aproximación diagnóstica al paciente con cefaleas. En: Mateos Marcos V, Lantéri-Minet M, editores. *II Curso de Actualización en Cefaleas*. Madrid: Luzán 5 Editores, 2006; p. 77-93.
 - Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl. 1):9-160.
 - Diamond ML. Emergency treatment of headache. En: Diamond ML, Solomon GD, editores. *The practicing physician's approach to headache*, 6th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1999; p. 232-42.
 - Wijdicks EFM. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage. En: Wijdicks EFM, editor. *The clinical practice of critical care neurology*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997; p. 132-1157.
 - Mateos V, González Delgado M, Gil A, Vega P. Migrañas con trampa. *Controv Evid Cefal* 2006;2:33-40.
 - Raps EC, Rogers JD, Galetta DL, Solomon RA, Lennihan L, Klebanoff LM, et al. The clinical spectrum of unruptured intracranial aneurysms. *Arch Neurol* 1993;50:265-8.
 - Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006*. Madrid: Ergón, 2006.
 - American Collage of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting to the emergency department with acute headache. *Ann Emerg Med* 2002;39:108-22.
 - Leibord RA, Yealy DM, Coppola M, Cantees KK. Post-dural-puncture headache: characteristics, management and prevention. *Ann Emerg Med* 1993;22:1863-70.
 - Seupaul RA, Somerville GG, Viscusi C, Shepard AJ, Hauter WE. Prevalence of postdural puncture headache after ED performed lumbar puncture. *Am J Emerg Med* 2005;23:913-5.
 - Pascual J. Tratamiento sintomático. En: Mateos Marcos V, editor. *Cefalea en racimos*. Madrid: Luzán 5 Editores, 2006; p. 83-96.
 - Colás R, Muñoz P, Temprano R, Gómez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse. Epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004;62:1338-42.
 - Tfelt Hansen P, Saxena PR, Dahlof C. Ergotamine in the acute treatment of migraine: a review and European consensus. *Brain* 2000;123:9-18.
 - Mateos V. Algoritmo del estatus migrañoso. En: *Algoritmos diagnósticos en migraña y otras cefaleas primarias*. Madrid: Scientific Communication Managemet, 2003; p. 85-9.
 - Bigal ME, Tepper SJ. Ergotamine and dihydroergotamine: a review. *Curr Pain Headache Rep* 2003;7:55-62.
 - Stillman MJ, Zajac D, Rybickie LA. Treatment of primary headache disorders with intravenous valproate: initial outpatient experience. *Headache* 2004;44:65-9.
 - The Sumatriptan Cluster Headache Study Group. Treatment for acute cluster headache with sumatriptan. *N Engl J Med* 1991; 325:322-6.
 - Kudrow L. Response of cluster headache attacks to oxygen inhalation. *Headache* 1981;21:1-4.
 - Antonaci F, Costa A, Candelero E, Sjaastad O, Nappi F. Single high-dose steroid treatment in episodic cluster headache. *Cephalalgia* 2005;25:290-5.
 - Gabai IJ, Spierings EL. Prophylactic treatment of cluster headache with verapamil. *Headache* 1989;29:167-8.
 - Leone M, Dodick D, Rigamonti A, D'Amico D, Grazzi L, Mea E, et al. Topiramate in cluster headache prophylaxis: an open trial. *Cephalalgia* 2003;23:1001-2.
 - Hering R, Kuritzky A. Sodium valproate in the treatment of cluster headache: an open clinical trial. *Cephalalgia* 1989;9: 195-8.
 - Steiner TJ, Hering R, Couturier EGM, Davies PTG, Whitmarsh TE. Double-blind placebo-controlled trial of lithium in episodic cluster headache. *Cephalalgia* 1997;17:673-5.