



CEFALEAS EN URGENCIAS

Andrea Parejo Olivera / Noelia Valverde Mata
Residentes de Neurología
Complejo Hospitalario Universitario de
Badajoz

ÍNDICE

- Anamnesis
- Exploración
- Cefaleas primarias:
 - *Migraña*
 - *Cefalea en racimos*
 - *Otras cefaleas trigémino-autonómicas*
 - *Neuralgia del trigémino*
- Cefaleas secundarias
- Mensajes para llevar a casa
- Bibliografía

ANAMNESIS



- No alergias medicamentosas conocidas
- No FRCV (HTA, DM, DLP)
- No hábitos tóxicos
- No patología cráneo-facial
- No patología cardíaca
- No glaucoma (cuidado los tricíclicos)
- Problemas de próstata (amitriptilina aumenta el prostatismo)
- No asma
- No alteración tiroidea
- No nefrolitiasis (por el topiramato)
- No eventos trombóticos
- No alteraciones gastrointestinales
- No trastorno del ánimo
- Alteraciones del sueño (somnoambulismo, SAHS)
- Fase del ciclo menstrual y perimenstrual
- Tratamiento habitual
- Tratamiento preventivo utilizado
 - Dosis máxima alcanzada
 - Efectividad/efectos adversos
- Tipo de trabajo-horarios
- Número de hijos y situación socioeconómica

Características temporales

- Edad inicio
- Instauración: brusca, súbita...
- Duración
- ¿Hay predominio horario?
- Remisión

Cualidad

- Pulsátil
- Opresiva
- Terebrante, urente, lancinante...

Intensidad

- Leve/moderada/severa
- ¿Puede continuar con sus actividades habituales?
- Escala dolor

RECOMENDAR
ELABORAR UN
CALENDARIO DE
CEFALEAS

• Migraña craneal/periorbitaria

• ¿Migración?
• ¿Nervio?

• Cambios atmosféricos.
• Climas.

• Lesiones
• Pulcos
• Oído
• Gatillo

Signos y síntomas acompañantes

- Lagrimeo/rinorrea
- Sono/foto/osmofobia
- Inestabilidad/vértigo
- Fotopsias, escotomas, diplopia.
- Fiebre
- Claudicación mandibular, síntomas constitucionales

EXPLORACIÓN

Exploración general

- Cardíaca
- Pulmonar
- Abdominal
- Miembros inferiores

Exploración “más específica” cefaleas



Exploración neurológica

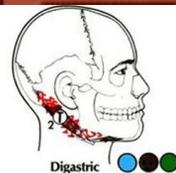
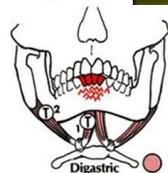
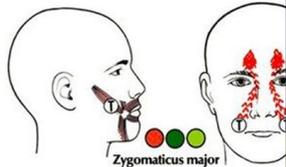
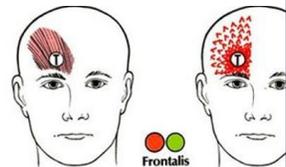
- Funciones cognitivas
- Pupilas y motilidad ocular
- Pares craneales
- Signos meníngeos
- Sistema motor
- Sensibilidad
- Reflejos
- Coordinación
- Marcha

EXPLORACIÓN CEFALEAS

Fun



Palpación



Complementarias?

si sospechamos origen
, PTT...

bosis venosa cerebral, síndrome

repina, oxcarbacepina u otros
en analítica.

temporal.

ación por monóxido de carbono.

cha cefalea cardíaca.

ambar → Sospecha de HSA o meningitis.

ecesario realizar TC urgente.

niento progresivo.

ra.

Cefalea + fiebre sin enfermedad sistémica conocida.

– Cefalea de novo en paciente >50 años.

■ ¿Ingreso y RM cráneo, angioRM... ?

Macaya A, Pozo Rosich, P et al. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2016. Guía práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias. Ediciones SEN; 2016.



31732



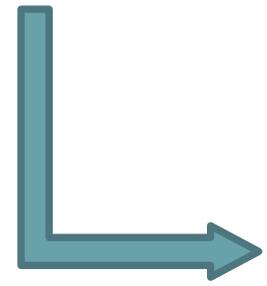
MIGRAÑA. Fisiopatología

Síntomas premonitorios de la crisis de migraña:

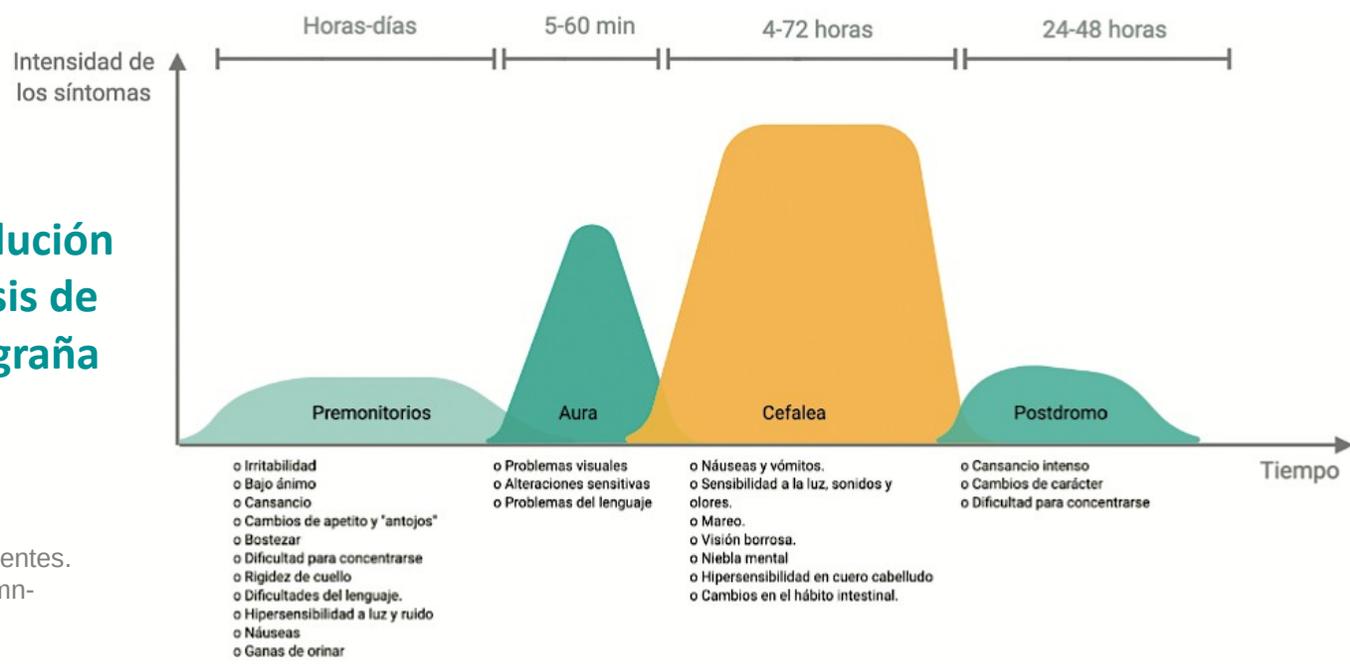
- Cambios de humor
- Fatiga
- Alteraciones sensitivas
- Enlentecimiento de pensamiento
- Rinorrea
- Antojos alimentarios
- Dolor de cuello y cabeza
- Bostezos incontrolados



Depresión cortical propagada



Evolución crisis de migraña



Alcántara Miranda P, Gago Veiga AB, Latorre González G. Migraña. Guía para pacientes. Asociación Madrileña de Neurología. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.amn-web.com/wp-content/uploads/2021/04/guia-migraña-ok.pdf>

MIGRAÑA



Dolor unilateral pulsátil



Sono/Foto/Osmofobia



Náuseas y/o vómitos



Mejor con el descanso y luz apagada

Migraña sin aura

Criterios de diagnóstico:

- A. Al menos cinco crisis¹ que cumplen los criterios B-D.
- B. Episodios de cefalea de 4-72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito)^{2,3}.
- C. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características:
 - 1. Localización unilateral.
 - 2. Carácter pulsátil.
 - 3. Dolor de intensidad moderada o grave.
 - 4. Empeora con o impide llevar a cabo la actividad física habitual (p. ej., andar o subir escaleras).
- D. Al menos uno de los siguientes síntomas durante la cefalea:
 - 1. Náuseas y/o vómitos.
 - 2. Fotofobia y fonofobia.
- E. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.

Migraña con aura

- A. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B y C.
- B. Uno o más de los siguientes síntomas de aura completamente reversibles:
 - 1. Visuales.
 - 2. Sensitivos.
 - 3. De habla o lenguaje.
 - 4. Motores.
 - 5. Troncoencefálicos.
 - 6. Retinianos.
- C. Al menos tres de las siguientes seis características:
 - 1. Propagación gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un periodo ≥ 5 min.
 - 2. Se suceden dos o más síntomas de aura.
 - 3. Cada síntoma de aura tiene una duración de 5-60 minutos¹.
 - 4. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral².
 - 5. Al menos uno de los síntomas de aura es positivo³.
 - 6. El aura está acompañada de o le sucede en los siguientes 60 minutos una cefalea.
- D. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.

MIGRAÑA. Auras.



Ver destellos,
líneas o estrellas



Imágenes
en mosaico



Visión borrosa



Dolor ocular



Visión de túnel



Punto de
ceguera temporal



Picores o cosquilleos



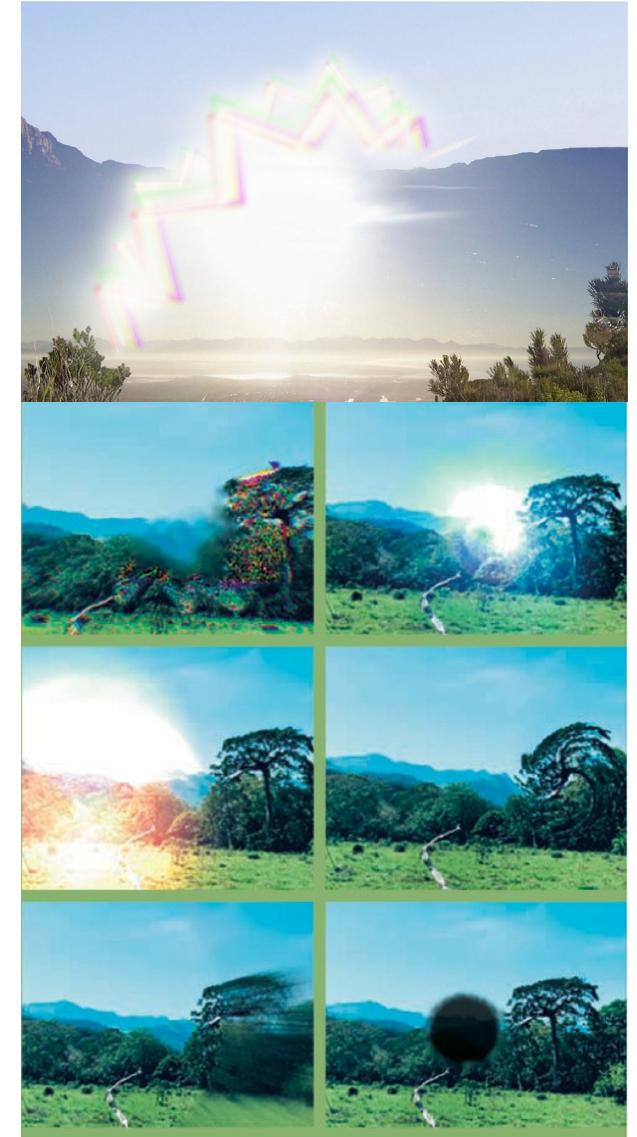
Temblores



Mareos o vértigo

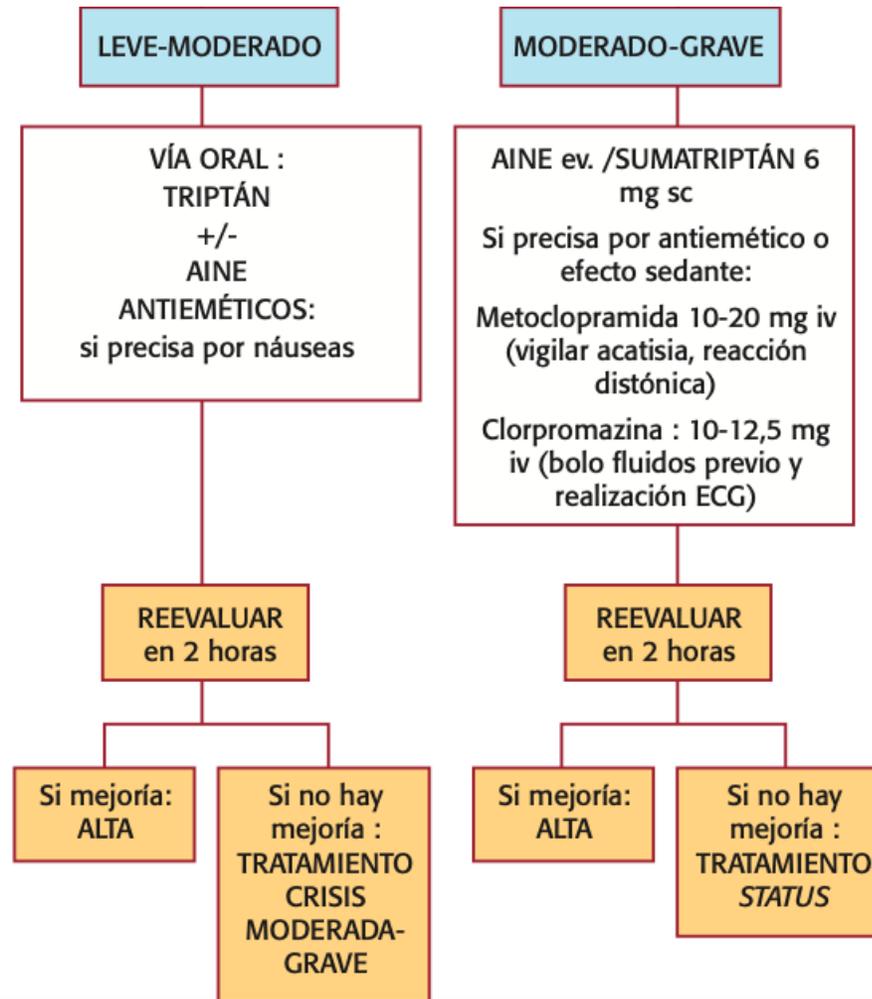
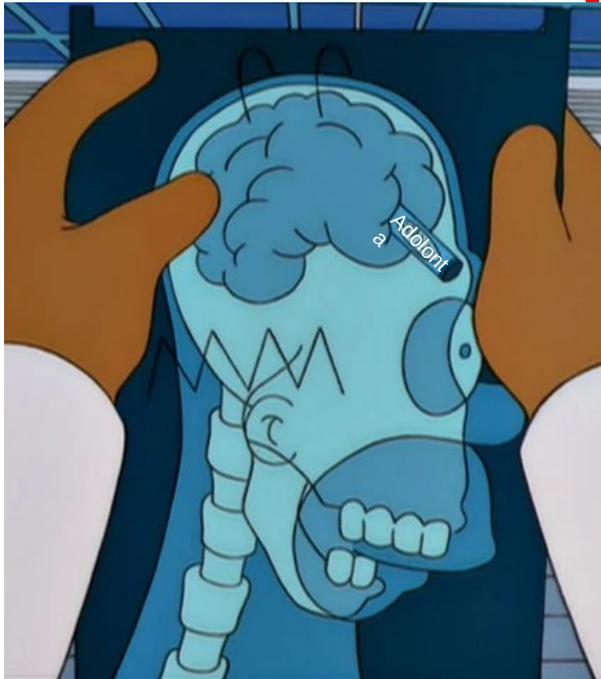


Dificultad para
hablar



CRISIS DE MIGRAÑA

¡NO 1/2 AMP. DE ADOLONTA (tramadol) como



¡Sueroterapia!

ESTATUS MIGRAÑOSO (>72h a pesar de tto eficaz)

■ Antagonistas de la dopamina (primera opción):

- Metoclopramida (cuidado con acatisia o reacción distónica)
- Clorpromacina (Largactil 12.5mg) (cuidado con la hipoTA)

■ Corticoides:

- Dexametasona 4-20mg
- Metilprednisolona 250-500cc
- Solo valorar pauta descendente v.o posterior si llevaba previamente muchos días con el dolor.
- Precaución en pacientes diabéticos

■ Sulfato de Magnesio:

- 500-1000mg iv lento
- Bueno para auras prolongadas
- Cuidado porque también baja TA

■ Ácido valproico:

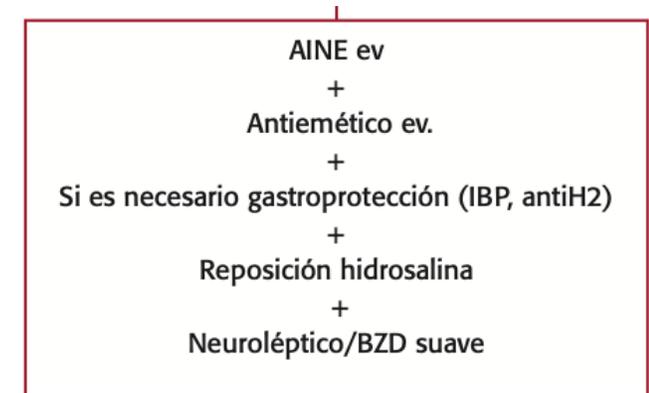
- ¡Cuidado!
- 400 mg iv inicial + infusión 1600 mg c/24 h
- No en mujeres en edad fértil
- Cuidado si tto antiepiléptico por riesgo de encefalopatía

■ Sumatriptán 6mg subcutáneo (se puede plantear, aunque es probable que lo haya tomado en casa y ya no le sirva)

■ Bloqueo de nervios occipitales

■ Otras medidas: suero salino fisiológico, valorar protector gástrico, metoclopramida si hemos puesto clorpromacina

NO OXÍGENO
HIPERBÁRICO,
OPIOIDES NI
ERGÓTICOS

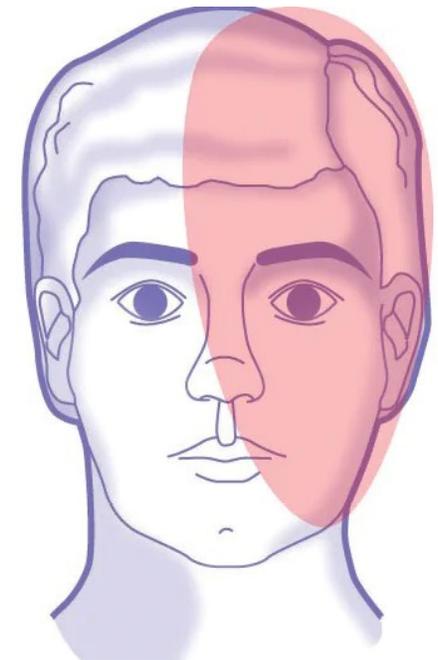
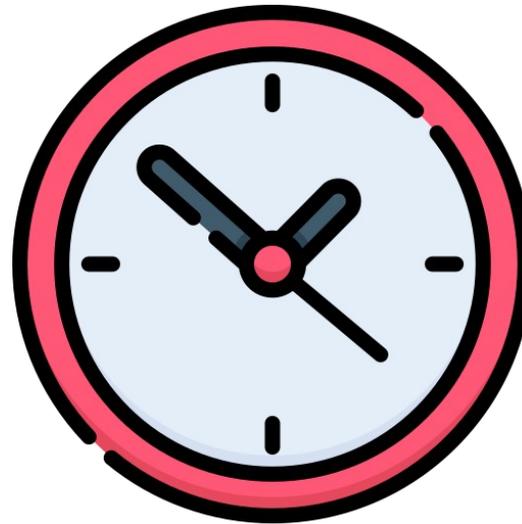
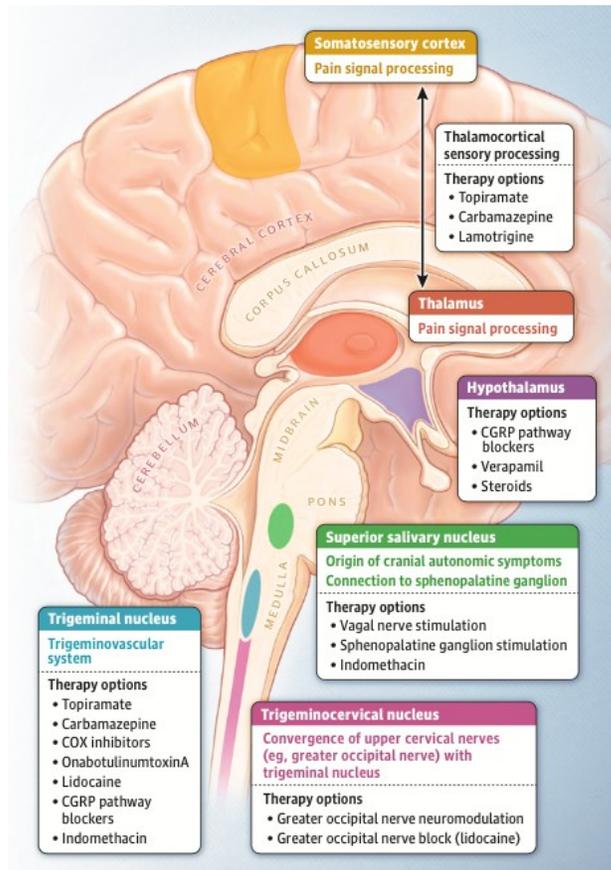


Reevaluar a las 2 horas, si no hay mejoría

CORTICOIDES (dexametasona 4-20 mg/metilPRD 60-120 mg iv/ Prednisona 50-60 mg vo --> reducir gradualmente a partir de 2-4 días)
Si DM, ácido valproico (400 mg ev, posterior infusión continua 1600 mg c/24 horas)

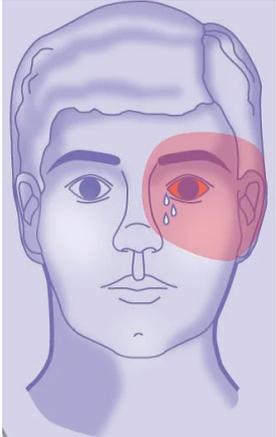
Otras:
* Bloqueo anestésico: GON, supratroclear, supraorbitario, auriculotemporal (si puntos trigger)
* Neuromoduladores (ácido valproico)

CEFALEAS TRIGÉMINO-AUTONÓMICAS (CTA)



CEFALEA EN RACIMOS

Tratamiento en URGENCIAS

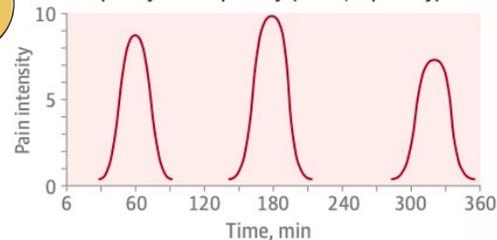


Dolor intenso unilateral
Región orbitaria/supraorbitaria/temporal
Hiperemia conjuntival
Lagrimeo
Congestión nasal, rinorrea
Sudoración, ptosis, miosis



Crisis de 15-180min
Suele despertar por la noche

Duration: 15-180 min (usually 30-60 min)
Frequency: 0.5-8 per day (mean, 4 per day)



Inquietud psicomotriz

Oxigenoterapia 100 %
+ 12-15l/min

Sumatriptán 6 mg SC

Alternativa:

Sumatriptán 20 mg
nasal

Zolmitriptán 10 mg
nasal

Sueroterapia, antieméticos...



Metilprednisolona
250 mg EV

+/-

Ácido valproico
400mg EV

+/-

Bloqueo N. occipital
(si disponible)

Valorar tratamiento de
síntomas
concomitantes:
náuseas, ansiedad, etc.

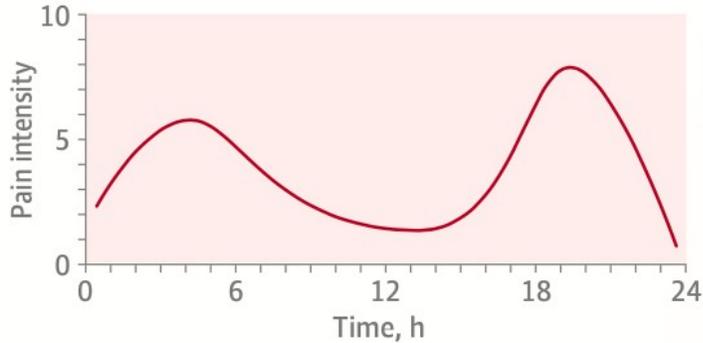
Tratamiento al ALTA

- Si no tomaba nada, *Verapamilo 80mg*: 1-1-1 (tras ECG basal normal)
- Si muy sintomático, pauta descendente de prednisona (menos de 21 días) o bien bolos de metilprednisolona 250-500cc durante 3-5 días.
- Otros preventivos: Melatonina 10mg/noche, Topiramato, Litio, Zonisamida, Pregabalina...
- Evitar desencadenantes (alcohol)
- Dejar pauta de triptanes de rescate.
- Control por Neurología

OTRAS CTA

Hemicránea continua

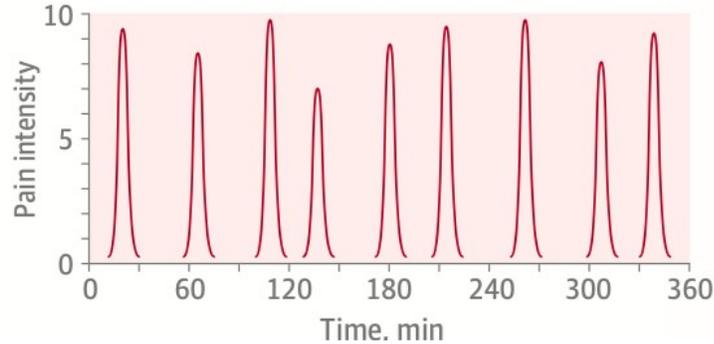
Continuous pain with exacerbations



- A. Cefalea unilateral que cumple los criterios B-D.
- B. Duración >3 meses, con reagudizaciones de intensidad al menos moderada.
- C. Cualquiera de las características siguientes:
 1. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, ipsilaterales a la cefalea:
 - a) Hiperemia conjuntival y/o lagrimeo.
 - b) Congestión nasal y/o rinorrea.
 - c) Edema palpebral.
 - d) Sudoración frontal y facial.
 - e) Miosis y/o ptosis.
 2. Sensación de inquietud o agitación, o reagudización del dolor con el movimiento.
- D. Responde completamente a dosis terapéuticas de indometacina¹.
- E. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.

Hemicránea paroxística

Duration: 2-30 min (mean, 26 min)
Frequency: 5-40 per day (mean, 15 per day)



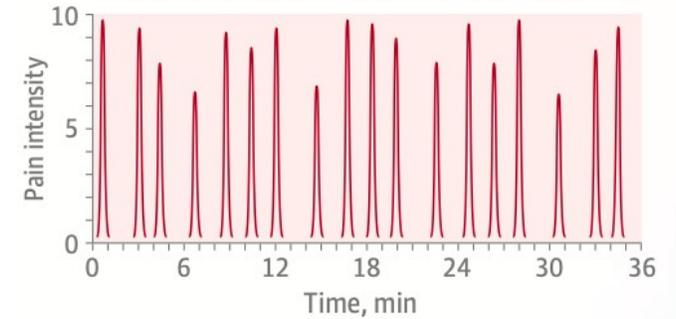
- A. Al menos 20 episodios que cumplen los criterios B-E.
- B. Dolor intenso unilateral en región orbitaria, supraorbitaria o temporal con una duración de 2-30 minutos.
- C. Cualquiera de las características siguientes:
 1. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, ipsilaterales a la cefalea:
 - a) Hiperemia conjuntival y/o lagrimeo.
 - b) Congestión nasal y/o rinorrea.
 - c) Edema palpebral.
 - d) Sudoración frontal y facial.
 - e) Miosis y/o ptosis.
 2. Inquietud o agitación.
- D. Se presenta con una frecuencia de >5 al día¹.
- E. Los episodios responden completamente a dosis terapéuticas de indometacina².
- F. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.

Responden a Indometacina

- ❖ *Indotest: Iniciar con dosis de 25mg/8h y aumentar dosis cada 3 días hasta 225mg/día. (Si no funciona, podría probarse Celecoxib)*

Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración

Duration: 5-600 s (usually 10-120 s; mean, 60 s)
Frequency: 3-200 per day (mean, 28 per day)



- A. Al menos 20 episodios que cumplen los criterios B-D.
- B. Episodios de dolor unilateral, moderado o grave en región orbitaria, supraorbitaria, temporal y/u otra distribución trigeminal, y de una duración de 1-600 segundos en forma de punzadas únicas, una serie de punzadas, o en un patrón de diente de sierra.
- C. Al menos uno de los siguientes cinco síntomas o signos autonómicos craneales, ipsilaterales al dolor:
 1. Hiperemia conjuntival y/o lagrimeo.
 2. Congestión nasal y/o rinorrea.
 3. Edema palpebral.
 4. Sudoración frontal y facial.
 5. Miosis y/o ptosis.
- D. Se presenta con una frecuencia de al menos una vez al día¹.
- E. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.



SUNCT: si hiperemia conjuntival y lagrimeo

SUNA: si hiperemia conjuntival o lagrimeo

Lidocaína 1.3-3.3 mg/kg peso

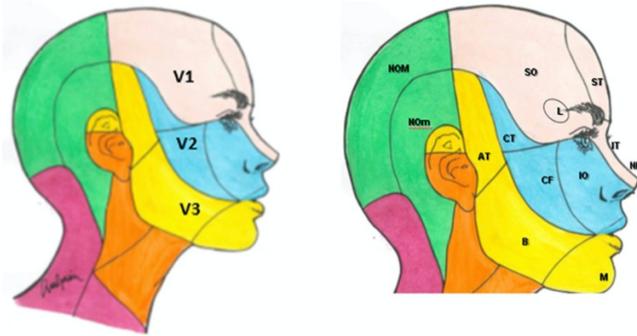
Lamotrigina: SUNCT: 50-700 mg / SUNA: 150-600

NEURALGIA DEL V PAR

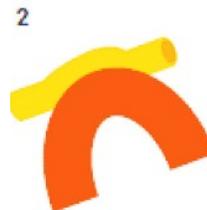
Neuralgia
(trastorno sensitivo)

≠

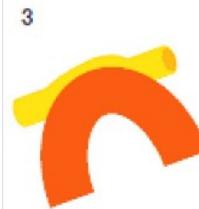
Neuropatía
(enfermedad del SNP)



Grado 1: contacto



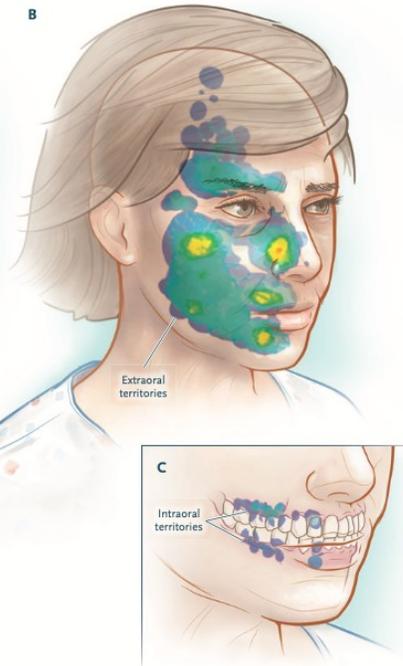
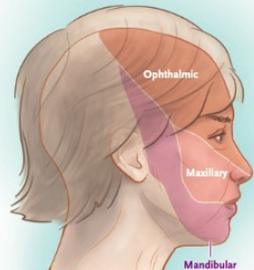
Grado 2: distorsión



Grado 3: indentación

A Facial territories of innervation of the three trigeminal branches

B



Criterios diagnóstico de neuralgia del trigémino (ICHD-3)

- división del nervio trigémino, **sin irradiación¹**, y que cumple los criterios B y C. Habitualmente V2 y V3
- B. El dolor presenta todas las características siguientes:
1. Duración de entre una **fracción de segundo hasta dos minutos²**.
 2. Intensidad **grave³**.
 3. Sensación de **descarga eléctrica** o dolor fulgurante, punzante o agudo.
- C. **Desencadenada por estímulos inocuos** dentro de la distribución del trigémino afectada⁴.
- D. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.

Criterios diagnóstico de neuralgia del trigémino clásica (ICHD-3)

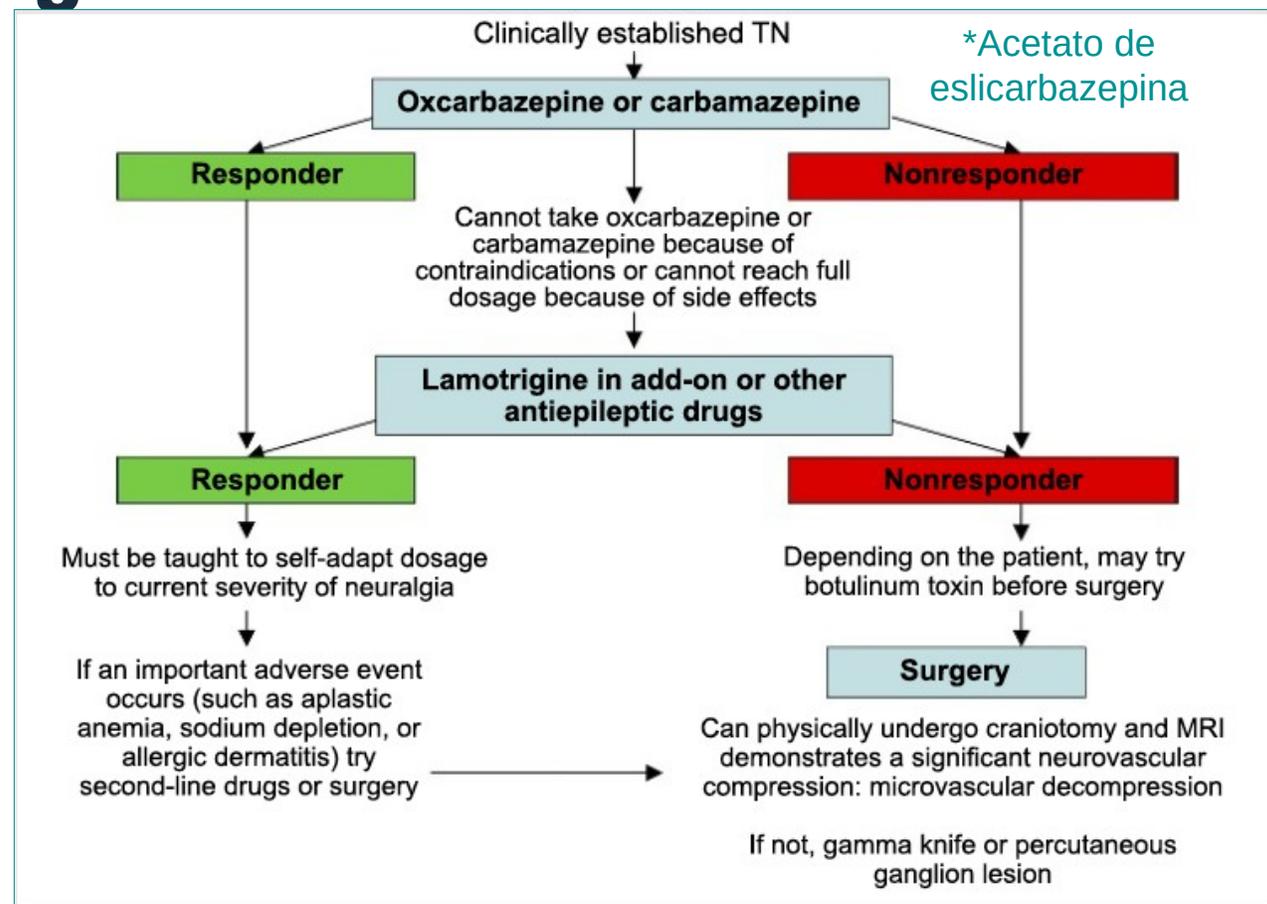
- del trigémino.*
- B. **Demostrada compresión** neurovascular (no solo contacto) con RM o durante intervención quirúrgica, con **cambios morfológicos¹** en la raíz del nervio trigémino.

¡Lo más importante es hacer un buen diagnóstico!

NEURALGIA DEL V PAR. Tratamiento urgente.

- **Tratamiento urgente poco eficaz** debido a la breve duración de los episodios:

- Rehidratación si se ha reducido la ingesta de líquidos y alimentos por desencadenar el dolor.
- **No se recomiendan los opiáceos.**
- Realizar bloqueo anestésico en *trigger points*.
- Infusión de fenitoína y lidocaína iv → bajo nivel de evidencia científica.
- Tratamientos con posible utilidad en urgencias por vía parenteral: **lidocaína subcutánea, o lacosamida intravenosa**
- Habría que replantear el tratamiento a medio plazo.



NEURALGIA DEL V PAR. Tratamiento a largo plazo

Tabla 8 Tratamientos de primera línea

Fármaco	Dosis inicial	Incremento de dosis	Dosis de mantenimiento	Dosis máximas (diarias)	Eficacia (aprox.)	Efectos adversos comunes	Efectos adversos graves
Carbamazepina (CBZ)	100-200 mg cada 12 h	100 mg cada 24-72 h	100-400 mg cada 8 h	1.600 mg	Reducción de un 50% del nivel del dolor en 60-70% de pacientes	Mareo Vértigo Náuseas Somnolencia Cefalea Diplopía Síntomas cognitivos Hipertipemia Crisis epilépticas (si supresión brusca)	Mielosupresión (controles hematológicos iniciales) Hiponatremia SIADH Daño hepático Anafilaxia Necrólisis epidérmica tóxica Síndrome de Stevens-Johnson Pensamientos suicidas Teratogénesis
Oxcarbazepina (OXC)	150 mg/12 h	150 mg cada 24-72 h	150-900 mg/12 h	1.800-2.400 mg	Comparable a CBZ	Similares a CBZ (menos frecuentes)	Similares a CBZ (hiponatremia más frecuente)

Sobre el acetato de eslicarbazepina, véase texto.

Tabla 10 Tratamientos de segunda línea

Fármaco	Dosis inicial	Incremento	Dosis de mantenimiento	Dosis máximas (diarias)	Eficacia	Efectos adversos comunes	Efectos adversos graves
Lamotrigina	25 mg/24 h	25 mg cada 7 días; 50 mg cada 7 días a partir de la 3.ª semana	100-200 mg cada 12 h	600 mg	IV/C	Mareo Náuseas Visión borrosa Ataxia Insomnio Irritabilidad	Exantema Necrólisis epidérmica tóxica Síndrome de Stevens-Johnson
Baclofeno	5-10 mg/8 h	5-10 mg cada 24-72 h	25-35 mg/8 h	105 mg	IV/C	Somnolencia Mareo Náuseas, vómitos Debilidad Fatiga Efectos anticolinérgicos	Síndrome de abstinencia (similar al de alcohol o benzodicepinas, incluidas crisis epilépticas) si retirada brusca
Gabapentina	100 mg/8 h	100 mg/24 h 300 mg/72 h	600-1200 mg cada 8 h 900-3.600 mg al día	3.600 mg	IV/C	Mareo Somnolencia Fatiga Ataxia Mioclonías Edemas Aumento de peso	Anafilaxia Pensamientos suicidas Depresión respiratoria
Pregabalina	75 mg/12 h	75 mg/48-72 h 150 mg cada 7 días	75-300 mg cada 12 h	600 mg	IV/C	Similares a gabapentina (más comunes)	Similares a gabapentina

Pregabalina y gabapentina requieren ajuste de dosis en caso de enfermedad renal crónica.

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO.

Diagnóstico diferencial

Cefaleas trigémino autonómicas	Otras neuralgias craneofaciales	Otros dolores craneofaciales
<p>SUNCT, SUNA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas vegetativos <ul style="list-style-type: none"> • Mayor duración de los ataques • Sin mejoría con CBZ • Dolor menos intenso que la NT • Siempre en V1 	<p>Neuralgia del glosofaríngeo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribución del dolor en territorio sensitivo del nervio glosofaríngeo: base de la lengua, fosa amigdalara, ángulo mandibular y oído <ul style="list-style-type: none"> • Puede acompañarse de síncope/bradicardia 	<p>Dolor secundario a trastornos estructurales craneofaciales (enfermedades odontológicas, patología de la articulación temporomandibular)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor difuso, sin distribución nerviosa específica <ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas de inflamación o infección asociados
<p>Cefalea en racimos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas vegetativos <ul style="list-style-type: none"> • Distribución en V1 • Sin paroxismos • Duración 15 a 180 minutos 	<p>Neuralgias de ramas terminales trigeminales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribución nerviosa restringida a ramas trigeminales terminales (nervio supraorbitario, aurículo-temporal, etc.) <ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia el bloqueo anestésico en la rama terminal es diagnóstico 	<p>Dolor facial idiopático persistente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Localización pobremente definida y que no se corresponde con la distribución de un nervio periférico <ul style="list-style-type: none"> • Calidad sorda, lancinante o persistente
<p>Hemicránea paroxística</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas vegetativos <ul style="list-style-type: none"> • Localización V1 • Duración 2 a 30 minutos • Sin paroxismos • Respuesta a indometacina 	<p>Neuralgia del nervio intermediario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribución de los paroxismos por conducto auditivo externo y parte del pabellón auricular y de la mastoides <ul style="list-style-type: none"> • Zona gatillo en parte posterior conducto auditivo externo o región periauricular 	<p>Neuropatía del trigémino dolorosa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor primario que suele ser continuo <ul style="list-style-type: none"> • Quemante, urente, opresivo o punzante • Paroxismos de dolor breve no son predominantes • Frecuentes áreas de hipoestesia, alodinia e hiperalgesia



CEFALEAS SECUNDARIAS

- Cefalea atribuida a traumatismo craneoencefálico y/o cervical
- Cefalea atribuida a vasculopatía craneal y/o cervical
- Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
- Cefalea atribuida a administración o privación de una sustancia
- Cefalea de origen infeccioso
- Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis
- Cefalea o dolor facial atribuidos a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales
- Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico

CEFALEAS SECUNDARIAS: CRITERIOS SNOOP

TABLE 11-1

Red Flags for a Potentially Life-Threatening Headache Using the Mnemonic SNOOP4^a

Red Flags	Description/Examples
Systemic symptoms/signs/disease	Fever, chills, rash, myalgia, night sweats, weight loss, comorbid systemic disease (eg, human immunodeficiency virus [HIV], immunocompromised state, malignancy), pregnancy or postpartum
Neurologic symptoms/signs	Change in mental status or level of consciousness, diplopia, abnormal cranial nerve function, pulsatile tinnitus, loss of sensation, weakness, ataxia, history of seizure/collapse/loss of consciousness
Onset sudden	Onset sudden or first ever, severe or “worst” headache of life, thunderclap headache (pain reaches maximal intensity instantly after onset)
Older onset	Onset after 50 years of age
Pattern change	Progressive headache (eg, to daily, continuous pattern), precipitated by Valsalva maneuver, postural aggravation, papilledema

RED FLAGS



- Cambio en la frecuencia, gravedad, intensidad o síntomas asociados de las cefaleas.
- Síntomas sistémicos (fiebre, pérdida de peso, erupción cutánea, escalofríos, sudores nocturnos y claudicación mandibular).
- Factores de riesgo secundarios (es decir, embarazo, cáncer, VIH/SIDA y estado de inmunodepresión)
- Convulsiones
- Síntomas o signos neurológicos
- Cefalea nueva o cambio de cefalea en una persona mayor de 50 años
- Cefalea en trueno
- Componente posicional
- Acúfenos pulsátiles
- Cefalea precipitada, específicamente por tos, ejercicio actividad sexual o sueño



¿DOLOR DE CABEZA NOCTURNO?

- ✓ Hipoglucemia nocturna
- ✓ HTA mal controlada → MAPA (*asociada frecuentemente a migraña*)
- ✓ Cefalea por uso excesivo de medicamentos (CUEM)
- ✓ Cefalea hipócnica
- ✓ Migraña
 - *Puede ser por trocleodinia (movimientos oculares durante el sueño REM)*
 - *Sumatriptán 6mg subcutáneo*



CEFALEAS SECUNDARIAS

Tabla 3 Síntomas y signos que pueden estar presentes tanto en una cefalea primaria como secundaria

Síntoma/signo	Cefalea primaria	Cefalea secundaria
Pulsatilidad, empeoramiento con el Valsalva, náuseas y/o vómitos	Migraña	Meningitis Crisis HTA/PRES Trombosis cerebral de senos venosos
Aura visual atípica	Migraña con aura	Ictus Síndrome HaNDL
Ptosis, miosis	Cefaleas Trigeminoautonómicas	Disección carotídea Síndromes del seno cavernoso
Dolor orbitario, ojo rojo, alteraciones pupilares	Cefaleas Trigeminoautonómicas	Glaucoma de ángulo cerrado Uveítis Síndromes del seno cavernoso
Holocraneal, opresiva, intensidad leve o moderada	Cefalea de Tensión	Muy inespecífica. Múltiples procesos.
Dolor en región temporal	Síndrome miofascial	Arteritis de la temporal Patología de la ATM
Cefalea que despierta exclusivamente durante la noche	Cefalea hipónica	HTA nocturna

ATM: articulación temporomandibular; HaNDL: cefalea y déficit neurológico transitorio con pleocitosis linfocitaria en líquido cefalorraquídeo; HTA: hipertensión arterial; PRES: encefalopatía posterior reversible.

Adaptada de Irimia³.

Tabla 2 Signos y síntomas de alarma que pueden indicar la presencia de una cefalea secundaria

	Tipo de signos/síntomas de alarma
Según características del dolor	Inicio brusco o explosivo ± asociado a esfuerzo o Valsalva Inicio reciente con aumento progresivo en intensidad o frecuencia Cambio llamativo y reciente en características de una cefalea previa Aumento progresivo en intensidad y/o frecuencia con pérdida de respuesta a analgésicos previamente efectivos Empeoramiento claro y consistente con los cambios posturales Cefalea que despierta por la noche Localización unilateral estricta
Según características clínicas	Inicio > 50 años, especialmente si asociado a cuadro reumático, claudicación mandibular o síndrome constitucional Presencia de neoplasia y/o inmunodepresión Riesgo de hemorragia aumentado (p. ej., en tratamiento con anticoagulantes) Asociación a fiebre sin foco, especialmente en presencia de síndrome meníngeo Presencia de vómitos no explicables por cefalea primaria (migraña) o en escopetazo Focalidad neurológica Cefalea asociada a crisis epiléptica Presencia de una alteración visual sugerente de papiledema

CEFALEAS SECUNDARIAS

- **Hemorragia subaracnoidea (HSA)**
- **Dissección arterial**
- **Trombosis venosa cerebral**
- **Síndrome de vasoconstricción reversible**
- **Cefalea infecciosa**
- **Cefalea cardíaca**
- **Cefalea por HTA**
- **Arteritis de la temporal**
- **Síndrome de Tolosa-Hunt**
- **Cefalea por privación de sustancias (cafeína)**



HEMORRAGIA

SUBARACNOIDEA

El dolor de cabeza de inicio rápido y predominio occipital y rápida aparición + rigidez nuchal + ausencia de fiebre

- El 25% de las cefaleas en trueno se deben a una HSA
- Hasta un 50% presentan un dolor más moderado o incluso transitorio (sangrado centinela)
- La focalidad neurológica NO siempre aparece:
 - ACoP: parálisis IIIpc
 - ACoA: debilidad bilateral MMII y abulia
 - ACM: hemiparesia/negligencia
 - HIC: parálisis VI par, nistagmo, ataxia



¿TC normal?

- HSA pequeña
- Por debajo del foramen magno
- Poco tiempo de evolución



PUNCIÓN LUMBAR
Xantocromía

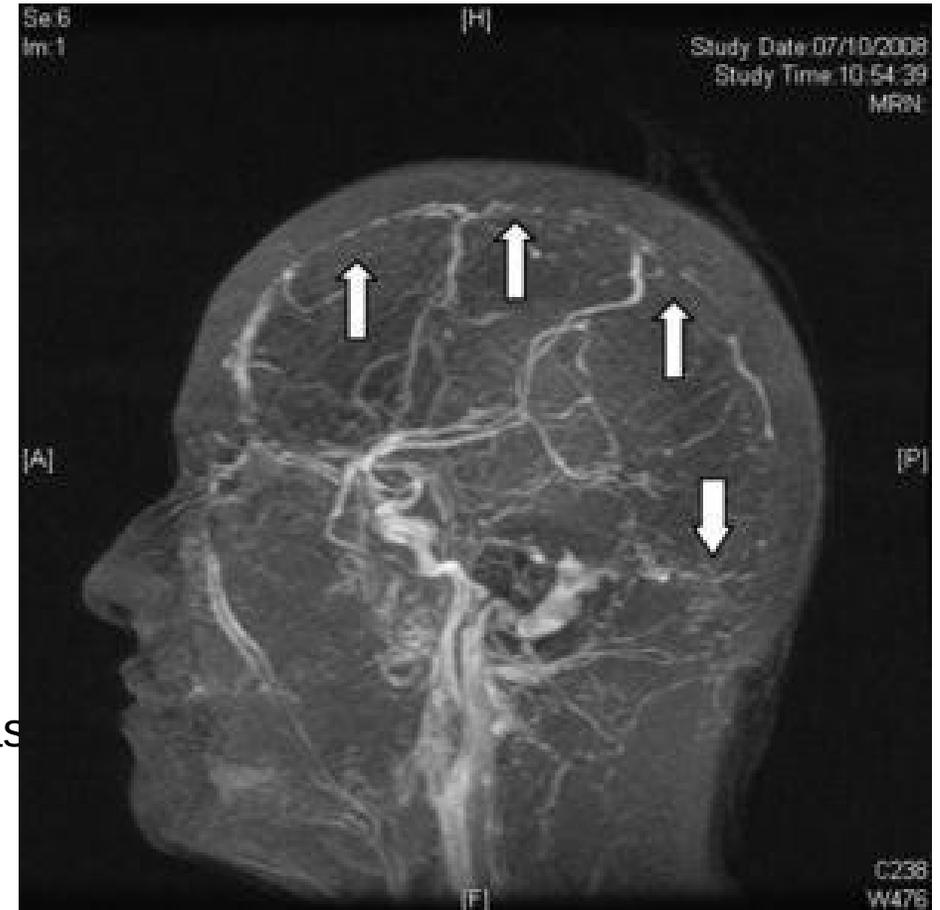
El TC y la PL pueden ser normales si el paciente lleva >2 sem de evolución

TC DE CRÁNEO SIN CONTRASTE!!

CEFALEA SECUNDARIA

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL

- La cefalea es el síntoma más frecuente pero meno específico
- Otros síntomas:
 - PAPIEDEMA (hasta en el 50%)
 - Focalidad neurológica
 - Alt nivel conciencia
 - Crisis
- Factores de riesgo:
 - Mujer (4:1)
 - Embarazo o puerperio
 - Uso de anticonceptivos
- Diagnóstico por neuroimagen:
 - TC urgente permite sospecharla y descartar causas alternativas
 - De elección: angioRM
- Tratamiento: ANTICOAGULAR

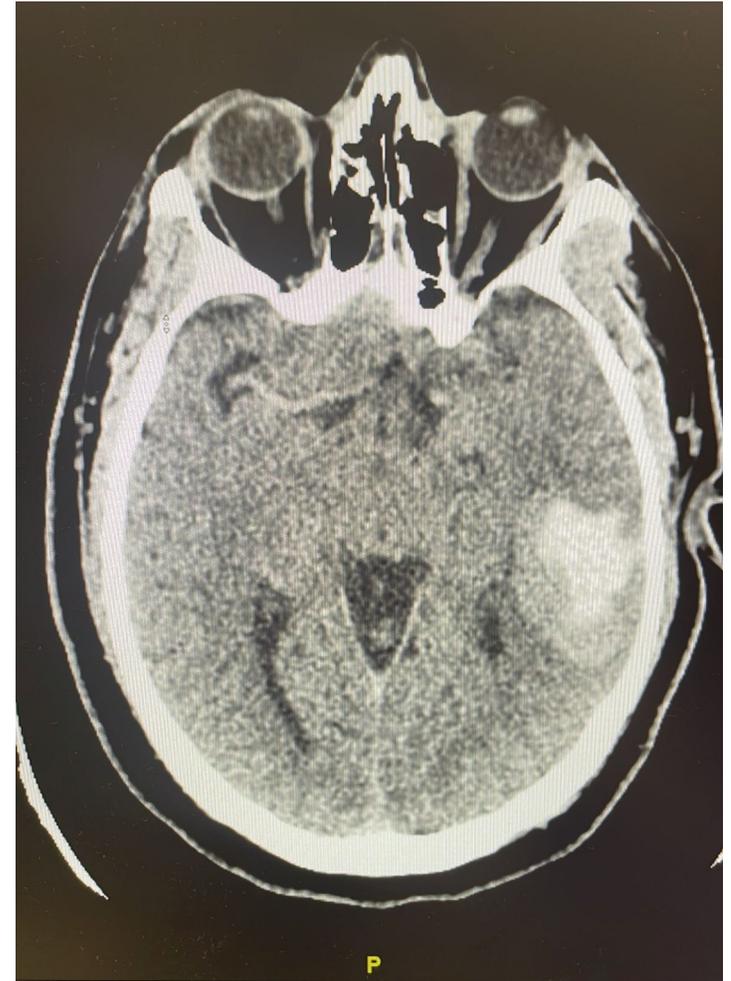


CASO CLÍNICO

CEFALEA HEMICRANEAL PULSÁTIL EN PACIENTE JOVEN...

- Hombre de 35 años
- No antecedentes de interés: No FRCV, no consumo de tóxicos y no AP de migraña
- Acude a urgencias porque esta mañana mientras montaba en bici ha presentado cefalea hemicraneal izquierda pulsátil con visión borrosa. La cefalea ha disminuido en intensidad, pero persiste la "visión borrosa".
- Exploración NRL: Vigil, orientado, colaborador. Lenguaje conservado (discurso espontáneo sin alteraciones, nominación, comprensión y repetición conservadas). Pares craneales sin alteraciones. Fuerza y sensibilidad conservadas. No extinción táctil. No disimetrías. Marcha estable y coordinada.

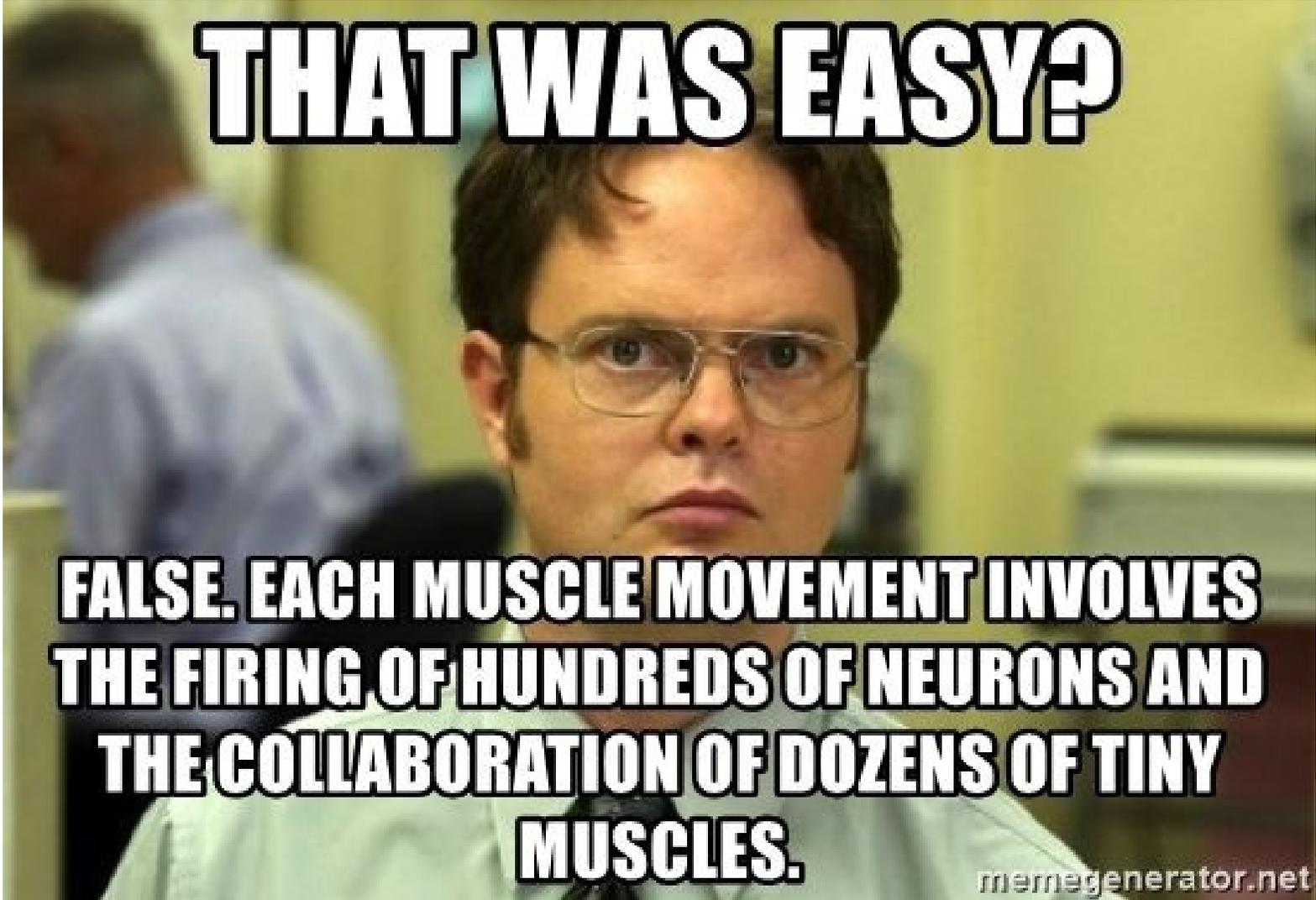
- Entonces el paciente nos da un dato clave... "**no soy capaz de leer**"
- Exploramos la lectoescritura... alexia sin agrafia
- Ante la clínica realizamos un TC de cráneo urgente



MENSAJES PARA LLEVAR A CASA

- Lo MÁS IMPORTANTE es hacer una buena anamnesis y exploración.
- Siempre que podamos, recomendar la realización de un calendario de cefaleas.
- No siempre es necesaria la realización de una prueba de imagen en un paciente con cefalea → Sí en caso de sospechar causa secundaria.
- Debemos recordar algunos “datos de alarma” que pueden hacernos pensar en cefalea secundaria.
- No todos los dolores faciales son neuralgias del trigémino.
- ¡No tratar con opioides como primera opción!



A meme featuring Dwight Schrute from the TV show 'The Office'. He is shown from the chest up, wearing his signature glasses and a light-colored shirt with a tie. He has a smug, satisfied expression on his face. The background is a blurred office setting. The text 'THAT WAS EASY?' is overlaid at the top in large, white, bold, sans-serif font with a black outline. At the bottom, there is a block of text in the same font style, providing a scientific correction to his statement. A small watermark 'memegenerator.net' is visible in the bottom right corner.

THAT WAS EASY?

**FALSE. EACH MUSCLE MOVEMENT INVOLVES
THE FIRING OF HUNDREDS OF NEURONS AND
THE COLLABORATION OF DOZENS OF TINY
MUSCLES.**

memegenerator.net

BIBLIOGRAFÍA

- Gago-Veiga AB, et al. ¿Qué preguntar, cómo explorar y qué escalas usar en el paciente con cefalea? Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. Neurología. 2020.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 3aEd. Cephalalgia. 2018;38(1):1- 211.
- Alcántara Miranda P, Gago Veiga AB, Latorre González G. Migraña. Guía para pacientes. Asociación Madrileña de Neurología. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.amn-web.com/wp-content/uploads/2021/04/guia-migrana-ok.pdf>
- Diener HC, Tassorelli C, Dodick DW. Management of Trigeminal Autonomic Cephalalgias Including Chronic Cluster: A Review. JAMA Neurol. 2023; 17.
- Macaya A, Pozo Rosich, P et al. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2016. Guía práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias. Ediciones SEN; 2016.
- G. Latorre, N. González-García, J. García-Ull et al., Diagnóstico y tratamiento de la neuralgia del trigémino: documento de consenso del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, Neurología.
- Cruccu G, Di Stefano G, Truini A. Trigeminal Neuralgia. N Engl J Med. 2020;20;383(8):754-762.
- Cruccu G. Trigeminal Neuralgia. Continuum (Minneap Minn). 2017;23(2, Selected Topics in Outpatient Neurology):396-420.
- Robblee J, Grimsrud KW. Emergency Department and Inpatient Management of Headache in Adults. Curr Neurol Neurosci Rep. 2020: 18;20(4):7.
- Chou DE. Secondary Headache Syndromes. Continuum (Minneap Minn). 2018;24(4, Headache):1179-1191.
- Chua AL, Grosberg BM, Evans RW. Status Migrainosus in Children and Adults. Headache. 2019;59(9):1611-1623.

GRACIAS

