



Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 23: MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES. TERCER ESCENARIO. CEFALEAS

Autora: Ma. Eugenia Acharta (Clínica Médica - UDA Hospital Centenario)

Objetivos:

- Clasificación actual de cefaleas.
- Enfoque y manejo clínico inicial en la consulta ambulatoria y en la emergencia.
- Valorar la importancia de los siguientes factores para orientar el diagnóstico: predisposición según sexo, edad y comorbilidades, presentación clínica (características y perfil temporal), alteraciones hormonales o psicológicas/emocionales, uso de fármacos, circunstancias o contexto personal, hábitos.
- Evaluar factores desencadenantes o agravantes o atenuantes. Evaluar la posibilidad de cefaleas mixtas (tensional y migraña).
- Valorar la utilidad de diagnóstico clínico y el uso de metodología diagnóstica. Rol e indicaciones o contraindicaciones de laboratorio general, radiología de columna cervical o senos paranasales, análisis del LCR, fondo de ojos, TAC o RMI.
- Enfatizar las pautas de alarma y los criterios de derivación a especialista en neurología o servicio de emergencias.
- En el aspecto del tratamiento de cefaleas considerar: ¿utilidad de los cambios de hábitos? ¿tratamiento sintomático o preventivo? ¿Tratamiento estándar o personalizado? ¿Importancia de respuesta a tratamientos previos? Evaluar indicaciones, eficacia, efectos indeseables y potencial adictivo de los siguientes grupos terapéuticos: anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs), antieméticos, miorelajantes, benzodiacepinas, corticoides, ergotamínicos, triptanes, opiodes, nuevos fármacos.

ESCENARIO 1:

CASO CLÍNICO:

Romina, 29 años acude con turno programada a Centro de Salud "Caritas Guadalupe", donde es atendida por Antonela.

Motivo de consulta: empeoramiento cefalea habitual

Enfermedad actual: refiere presentar desde hace 4 años aproximadamente, cefaleas con respuesta parcial a analgésicos comunes, que en estos últimos 6 meses empeoraron en frecuencia (de 1 episodio al mes, a 2 o 3 por semana) e intensidad (de 6 a 9/10 escala analógica). La cefalea es hemicránea, más frecuentemente derecha, pulsátil, con fotofobia y sonofobia, que obliga al decúbito y al aislamiento, ocasionalmente se acompaña de náuseas, y suele durar varias horas. Cada vez cuesta más que ceda espontáneamente y suele requerir la ingesta de múltiples comprimidos sucesivos de ibuprofeno, o paracetamol. En los últimos meses presenta 1 o 2 episodios semanales, pero en los días premenstruales casi un episodio diario, que suelen ceder luego de vomitar.

Recordatorio: Romina es enfermera y trabaja en un hospital de tercer nivel de complejidad de la ciudad. Se separó de su anterior pareja hace 4 años y es madre de Jesús de 6 años, quien tiene problemas de salud (trastorno del espectro autista), y requiere cuidados especiales y acompañamiento que interviene toda la familia.

Antecedentes personales:

- Enfermedades de la infancia:
 - Varicela a los 6 años, sin complicaciones.
- Enfermedades del adulto:
 - Rinitis estacional, por lo que realiza tratamiento antihistamínico intermitente, sin controles.
 - Infecciones urinarias, un episodio a los 18 años y otro episodio a los 23 años, completó tratamiento antibiótico, se desconocen más datos.
 - Internación por celulitis de miembro inferior hace 1 año.
- Antecedentes Quirúrgicos:
 - Colocación de DIU hormonal hace un año y medio, retirado por mal posicionamiento hace 4 meses, cuando inicia tratamiento con anticonceptivos orales (ACO).
- Antecedentes alérgicos: niega
- Medicación habitual: ACO (Drospirenona 3.00 mg; Etinilestradiol 0.02 mg).
- 1 Gesta/1 parto normal hace 6 años.
- Vacunación: calendario de vacunación completo.
- Ocupación: enfermera en un Hospital de tercer nivel de complejidad de Rosario.
- Lugar de nacimiento: Rosario.
- Residencia actual: departamento en zona centro de Rosario (con su pareja actual e hijo).

Hábitos

- Alimentación: variada, muy desordenada en horarios, con exceso de café. Refiere dolor abdominal cólico episódico con ingesta de harinas.
- Sueño: promedio 8 horas diarias.
- Realiza actividad física regular.
- Consumo de alcohol y tabaco social. Consumo esporádico de marihuana. Niega otras sustancias.
- No fumadora (uso recreativo ocasional de marihuana), no sedentaria
- Marcado estrés personal y familiar de varios meses de evolución

Examen físico

- Impresión general: paciente vigil, orientada en tiempo, espacio y persona. Buen estado general.
- Signos vitales: TA 110/70 mmHg, FC 68 lpm, FR 16 rpm, T° 36°C, SatO2 99% (FiO₂ 0.21)
- Peso: 60 kg, Altura: 163 cm, IMC: 22.6 kg/m²
- Piel: sin alteraciones pigmentarias, sin cicatrices.
- Cabeza: Ojos: conjuntivas rosadas, escleras blancas. Movimientos oculares no dolorosos y conservados. Fosas nasales: permeables sin secreciones ni epistaxis. Puntos sinusales negativos. Cavidad bucal: mucosas húmedas. Lengua central sin lesiones.
- Cuello: cilíndrico, simétrico, no se palpan adenopatías ni tiroides. Sin ingurgitación yugular. Pulsos carotídeos simétricos, sin soplos. Ligera limitación a la movilización cervical y dolor leve a la palpación muscular
- Tronco: diámetro anteroposterior normal, sin cicatrices. Mamas: sin nódulos ni depresiones, ni secreción por pezón. Columna: sonora, indolora. Puño-percusión: negativa bilateral.
 - Aparato Respiratorio: respiración costo abdominal, sin utilización de músculos accesorios, reclutamiento abdominal, tiraje intercostal/supraclavicular, ni aleteo nasal. Expansión de bases y vértices conservada. Excursión de bases conservadas. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados.
 - Aparato Cardiovascular: ritmo cardíaco regular, ruidos cardíacos normofonéticos, sin soplos ni R3/R4.
- Abdomen: abdomen plano, sin estigmas de circulación colateral ni cicatrices. Blando, depresible, levemente doloroso a la palpación de hemiabdomen inferior, sin defensa ni descompresión. Sin visceromegalias. Timpanismo conservado. Traube libre. Ruidos hidroaéreos conservados.
- Neurológico: Lenguaje: nomina y repite. Comprende: comandos y órdenes complejas. Pupilas: isocóricas reactivas y simétricas. Movimientos oculares externos: completos. Pares craneales: conservados. Reflejos osteotendinosos: conservados. Sensibilidad: táctil superficial conservada. Coordinación: sin alteraciones. Respuesta plantar: indiferente bilateral. Hoffman: negativo bilateral. Marcha: conservada. Sin signos meníngeos.
- Extremidades: sin particularidades.

Trae laboratorio solicitado por su ginecóloga hace 2 meses:

Hemoglobina (g/dL)	11.1	Uremia (mg/dl)	29
Hematocrito (%)	33	Colesterol total (mg/dl)	174
Glóbulos blancos (/mm)	7400	Colesterol HDL (mg/dl)	47
Neutrófilos (%)	65	Triglicéridos (mg/dl)	105
Eosinófilos (%)	3	TGO (UI/L)	33
Basófilos (%)	0	TGP (UI/L)	25
Linfocitos (%)	30	Tirotrofina (mU/L)	2.7
Monocitos (%)	2	Vitamina D3 (ng/mL)	36
Plaquetas (/mm)	250000	VES (mm/1° hora)	5
Glicemia (mg/dl)	87	Serologías VIH, VDRL, HBsAg	No reactivas
Creatinina (mg/dl)	0.78		

ESCENARIO 2:

CASO CLINICO

Marta 76 años, es traída a la guardia de emergencias, por su nieta Romina, enfermera que trabaja en el hospital.

Historia biográfica de Marta: nació y vivió en Santiago del Estero (zona rural de Añatuya) hasta hace dos años, cuando se mudaron a barrio Empalme Graneros a vivir con la familia de su hija Susana. Se casó a los 20 años con Jorge, tuvieron dos hijos Miguel (fallecido hace 3 años por una infección en hospital de Santiago del Estero) y Susana con quien convive en la actualidad. Toda la vida realizó tareas en la granja junto a su esposo. Hace un año enviudó de Jorge, fallecido a los 80 años por "cáncer de pulmón avanzado".

Motivo de consulta: cefalea

Enfermedad actual: consulta por un cuadro de 3 meses de evolución de cefalea témporo-parietal izquierda opresiva, no incapacitante, sin fotofobia ni sonofobia, intermitente, que cede con ibuprofeno o diclofenac, y reaparece posteriormente, en algunas ocasiones la despierta por la noche.

Un mes previo a la consulta recibió un corticoides IM de depósito por lumbociatalgia habitual, que padece desde hace años y que cada tanto se exacerba, por el que recibió diagnóstico de artrosis. Tras la aplicación del corticoide, refiere desaparición completa de la cefalea durante 20 días, pero hace 10 días reaparece, de mayor intensidad, holocraneana y ya no cede con analgésicos. Inicia tratamiento con antiácidos vía oral (omeprazol 20 mg) por gastritis relacionada al consumo excesivo de AINEs.

Tres días previos a la consulta agrega episodios aislados referidos por familiares de desorientación témporo-espacial y leve dificultad para la articulación de algunas palabras, y unas horas previas al ingreso presentó dos episodios de vómitos alimenticios.

Al interrogatorio dirigido los familiares refieren pérdida aparente de varios kilos de peso, inapetencia, y cambio de hábito evacuatorio con constipación en los últimos meses.

Antecedentes personales y familiares:

- Ex fumadora abandonó hace 20 años (previos 20 paquetes/años).
- Hipertensión arterial diagnosticada a los 55 años en tratamiento con enalapril 10 mg/día e hidroclorotiazida 12.5 mg/día, con adecuados controles de la presión arterial (tomada por su nieta Romina enfermera). Artrosis diagnosticada hace 5 años, en tratamiento según necesidad con paracetamol 1 gramo, y en ocasiones ibuprofeno 600 mg.
- Niega otras enfermedades y medicaciones habituales
- No consumo alcohol ni sustancias.
- Activa, autosuficiente para el vestido, alimentación, deambulación.
- Realizó el último control ginecológico hace aproximadamente 5 años, refiere con estudios normales.
- Nunca realizó colonoscopia ni otros métodos de “screening” de cáncer de colon.
- Hace un año visitó a un especialista en cardiología, quien realizó electrocardiograma y ecocardiograma sin evidencia de alteraciones (no los trae a la consulta).
- Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía a los 15 años, colecistectomía a los 52 años.
- Plan de vacunación completa: vacuna antigripal, antineumocócica, anti Covid19, doble bacteriana adulto, al día.
- Antecedentes familiares: padre fallecido por muerte súbita a los 55 años (tabaquista, hipertenso), madre fallecida a los 70 años por cáncer de colon. Tiene dos hermanos, pero desconoce sus antecedentes porque ha perdido contacto en muchos años. Hijos Miguel fallecido, y Susana con diabetes mellitus tipo 2, obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, hipotiroidismo, enfermedad coronaria y “problemas renales”.

Examen físico:

- Signos vitales: PA 150/95mmHg, FC 88 x minuto, FR 16 x minuto, T° 36,8, Sat. O₂ 97%
 - Cabeza y cuello: conjuntivas rosadas, escleras blancas, pupilas isocóricas reactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados, reflejos fotomotor y consensual conservados, mucosas húmedas, sin adenopatías
 - Abdomen: blando, depresible, indoloro, cicatrices quirúrgicas, sin organomegalias, ruidos hidroaéreos conservados.
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos netos, silencios libres, soplo sistólico polifocal 2/6, ritmo regular.
 - Miembros inferiores: edemas bimaleolares leves, fríos e indoloros, Godet +
 - Neurológico: leve disartria, parcialmente orientada en tiempo y espacio, reflejos osteotendinosos conservados, pares craneales s/p, hemiparesia 4/5 distal braquiocrural derecha.
- **Laboratorio de guardia:**

Hemoglobina (g/dL)	12.8
Hematocrito (%)	37
Plaquetas (/mm)	180000
Glicemia (mg/dl)	84
Creatinina (mg/dl)	1.1
Uremia (mg/dl)	48

Natremia (mEq/l)	135
Potasemia (mEq/l)	4.7
Calcemia (mg/dl)	9.5
TGO (UI/L)	58
TGP (UI/L)	60
VES (mm/1° hora)	84

- **TAC cráneo de guardia:** ¿cuál de estas 3 tomografías podría corresponder a la paciente y por qué?



Imagen 1

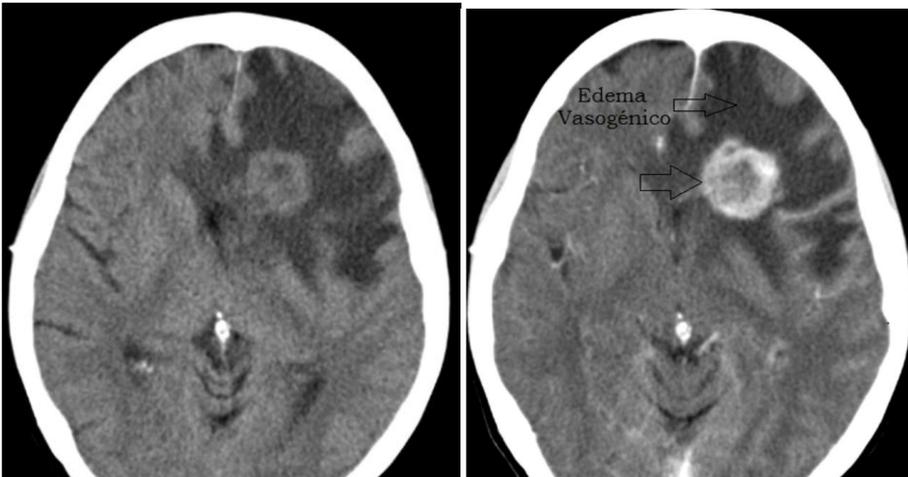


Imagen 2: secuencia sin y con contraste

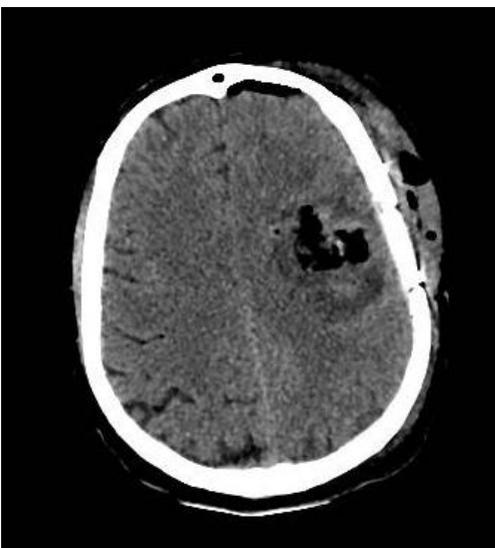


Imagen 3

PREGUNTAS GUÍA:

- Analice ambos escenarios, detecte la presencia o no de pautas de alarma y cuáles son sus hipótesis acerca de las causas del cuadro clínico
- ¿Qué mecanismos fisiopatológicos generan las cefaleas? ¿Es la misma fisiopatología para todos los tipos de cefalea?
- ¿Pueden coexistir diferentes causas de cefalea en un mismo paciente?
- ¿Cómo clasifico las cefaleas según el tiempo de evolución? ¿y según la frecuencia de las crisis? ¿Y según la duración de la crisis?
- ¿Qué aspectos de la anamnesis y el examen físico son prioritarios en la evaluación del paciente con cefalea? ¿Qué aspectos del estilo de vida, antecedentes, y presentación pueden resultar significativos en la evaluación de cefaleas?
- ¿Qué utilidad tendría solicitar un “diario de cefaleas”? ¿Antes del inicio del tratamiento, después o ambos?
- ¿Todos los pacientes con cefalea deben realizar estudios complementarios? ¿Cuáles podrían solicitarse? ¿Qué información brindarían?
- ¿Tendría utilidad realizar fondo de ojos? ¿En qué pacientes y que información brindaría?
- ¿Cuándo considero la posibilidad de una cefalea centinela? ¿Qué me sugiere un paciente con síndrome de Horner?
- ¿En pacientes con cefalea y arteria palpable engrosada a nivel temporal que sospecho? ¿Y si presentan cefalea intensa hemicránea y ojo rojo uni y homolateral?
- ¿Qué factores tengo en cuenta para definir tratamiento en cada paciente?

Anexos para discutir y analizar:



Conferencia Virtual



Tumores del SNC (primarios y secundarios). Diagnóstico y tratamiento



Mónica Taborda (Cátedra de Neurología) <https://youtu.be/xtDs8qlh2eQ>

Tabla 1. Anamnesis en el paciente con cefalea.

Edad de inicio	Es un dolor de nueva aparición o una cefalea crónica
Modo de inicio	Agudo, subagudo o crónico
Patrón temporal	Duración y frecuencia de las crisis
Localización del dolor	Hemicraneal, holocraneal, facial, occipital
Síntomas acompañantes	Náuseas, vómitos, fonofobia, fotofobia, empeoramiento con la actividad física, sintomatología autonómica
Otros síntomas que preceden o acompañan al dolor	Fotopsias, visión borrosa, pérdida de visión, parestesias
Características del dolor	Pulsátil, opresivo, urente, punzante, descarga eléctrica
Antecedentes de cefalea previa	Personales/familiares, similar/diferente
Precipitantes y agravantes	Alcohol, alimentos, sueño, menstruación
Tratamiento	Fármacos y dosis consumidos previamente y respuesta terapéutica
Motivo de consulta en urgencias	Motivo por el que decide acudir a urgencias en ese momento concreto

Tabla 2. Criterios “de alarma”, que sugieren una cefalea secundaria. Adaptado de Mateos y col⁶.

- Cefalea 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:
 - Trastornos 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

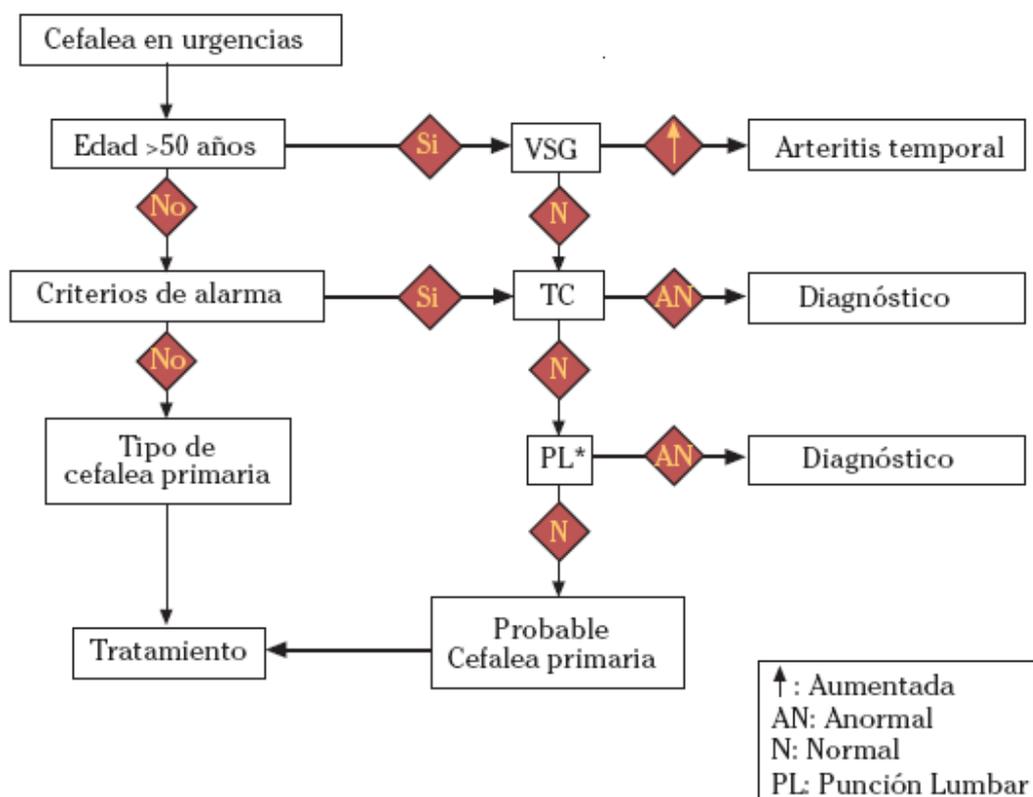


Figura 2. Algoritmo diagnóstico de la cefalea en urgencias

* El estudio de líquido cefalorraquídeo no siempre es necesario y el clínico debe decidir si debe realizarse una PL. (Punción lumbar). TC: Tomografía computarizada. VSG: Velocidad de sedimentación globular.

Tabla 3. Indicaciones para la realización de una TC craneal en el estudio diagnóstico del paciente con cefalea.

-
- 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 nuchal
 - 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 intracraneal serio
-