

CEFALEA TENSIONAL. ¿UNA ENFERMEDAD PSICOSOMATICA?

DR. ISAAC MOSQUERA S.

Av. San Francisco Fajardo,
Instituto de Neurología y Neurociencias Aplicadas
Primer piso, Urb. San Bernardino, Caracas, Venezuela

INTRODUCCION

Desde las primeras descripciones de la cefalea diaria de tipo crónica, de probable origen idiopático u ocasionada por contractura muscular cervical la terminología de este tipo de cefalea ha recibido diferentes nombres que entre otros incluye: cefalea ordinaria, por estrés, psicogénica, psicomiogénica y por último Cefalea tensional designada por el Comité de Clasificación de Cefalea de la Sociedad Internacional de Cefalea (1988)¹. Sin embargo este término también es motivo de controversia porque se considera que puede prestarse a equivocación ya que no se tiene claro si esta condición es de causa física primaria ocasionada por tensión muscular debido a un trastorno neuromuscular o es de causa primaria psicológica que bajo un estado de ansiedad provoca un exceso de contracción muscular o un estado depresivo es el causante de esta hipercontractilidad muscular a nivel cervical². Las observaciones de Cyriax (1938)³ después de inyectar solución salina al 4% en los músculos del cuello puso en evidencia que se producía dolor de cabeza con localización en el vertex y a iguales conclusiones llego Kellgren (1938)⁴ inyectando solución salina hipertónica. Tunis and Wolff⁵ investigaron pacientes con cefalea en banda con electromiografía, concluyendo que la contracción muscular y la vasoconstricción prolongada eran requeridos para producir cefalea por contracción muscular. Estos hallazgos electromiográficos fueron refutados por Pickoff⁶ con la falsa noción de que cefalea tensional y cefalea por contracción muscular eran iguales un concepto que persiste hasta hoy.

Costen en 1934⁷ enfatizó la importancia de la articulación temporomandibular como causa de cefalea. Brain⁸ describió y separó la cefalea causada por contracción muscular cervical superior y de la

articulación temporomandibular y la cefalea asociada con ansiedad y depresión.

Finalmente la Clasificación Internacional de Cefalea⁹ es útil para diferenciar la cefalea tipo tensional en dos tipos: Tipo 1, aquellos con trastorno muscular pericraneal y Tipo 2 los que no tienen dicho trastorno. Estas dos variantes pueden ser reconocidas fácilmente en la mayoría de los casos (Blau 1989)¹⁰, el problema diagnóstico se presenta cuando ambos tipos se presentan en forma concurrente.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Cefalea Tensional Tipo I: Se caracteriza por ser una cefalea de larga evolución, meses o años, que se presenta en la mañana al despertarse o vespertina, con duración de varias horas, intermitente y luego continuo, cuya distribución en el cráneo es señalada por el dedo índice o con la mano extendida de localización hemisférica o bilateral con sensación de comienzo en el cuello o región occipital e irradiada hacia el vertex y raras veces a la frente, otros mencionan hipersensibilidad al tacto en la región cervical, el calor lo alivia y el frío lo agrava, los movimientos del cuello lo exacerban, a menudo puede ir acompañado de bruxismo y extenderse hacia las fibras musculares superiores del trapecio y los hombros, puede irradiarse hacia la parte anterior o posterior del pabellón de la oreja. Se comprueba su origen orgánico por su alivio parcial o total con analgésicos.

Cefalea Tensional Tipo II: en este tipo de cefalea la característica fundamental es el dolor difuso o sensación de presión. La historia se extiende por meses y años. Los síntomas son intermitentes y aparecen tardíamente todos los días de la semana, desde que se

levanta el paciente hasta que se acuesta, la descripción del dolor en estos pacientes es vaga e imprecisa a diferencia del Tipo 1 en el cual predomina la localización precisa del dolor por parte del paciente. Nada alivia el dolor excepto cuando el paciente está distraído o en alguna actividad que lo divierte o duerme. La exacerbación ocurre por alguna discusión o por estar sometido a situaciones de estrés. Si se le pregunta al paciente por una descripción específica él no se queja de dolor sino de una molestia permanente tipo presión. No responde a los analgésicos comunes, sin embargo el paciente insiste en los mismos y los va cambiando con la esperanza de encontrar alguno que le alivie, de este modo incurre en automedicación y sus respectivos efectos secundarios, a menudo inician diferentes consultas por efectos secundarios de los analgésicos que consumen, siendo la más frecuente la gastritis medicamentosa.

El interrogatorio cuidadoso revela que paciente presenta cansancio fácil, dificultad para la atención y concentración y por ende trastornos de memoria, la gran mayoría presenta trastornos del sueño unos presentan dificultad para conciliar el sueño, los que lo logran a menudo se quejan de presentar cansancio durante el día. Otros síntomas incluyen: anorexia, náusea, algunos vómitos cuando han tenido sobredosis de analgésicos. Dificultad para disfrutar las cosas simples de la vida, se vuelven irritables, con cambios de temperamento, sus familiares más cercanos refieren cambios de conducta y de personalidad.

Cuando se les interroga sobre miedo a enfermedades orgánicas a menudo cerebrales, siempre refieren que existe y además siempre tienen una inseguridad por problemas financieros, sociales o académicos, que indican la causa de la ansiedad, que les acompaña, muchos piensan que están deprimidos y a menudo pueden llorar en la consulta. Igualmente el miedo a una enfermedad tipo Alzheimer es frecuente en los pacientes con pérdida de memoria. Los pacientes tipo 2, suelen solicitar un examen neurológico completo que incluya Tomografía o Resonancia Magnética de cráneo, electroencefalograma y todo tipo de examen que pueda definir el diagnóstico de una enfermedad grave de tipo neurológica, a menudo estos exámenes son negativos, pero le dan confianza al paciente y pueden ser útiles para reafirmarle que no es tan grave. Estos pacientes además refieren haber visitado a numerosos médicos de diferentes especialidades, haber recibido tratamientos halopáticos y homeopáticos sin resultados, acompañados siempre de una esperanza de un nuevo tratamiento que les permita mágicamente desaparecer la cefalea, en

algunos casos los pacientes reciben tratamientos múltiples sin un diagnóstico y los médicos que hacen el diagnóstico muchas veces no le dan la importancia que el paciente espera, llevándolos a un círculo vicioso y pernicioso de dolor crónico que agrava la depresión que subclínicamente llevan estos pacientes.

ETIOLOGÍA:

El dolor de cabeza localizado tipo I generalmente proviene de patologías de base en el cuello, articulación temporo-mandibular, extensión prolongada del cuello durante la intubación para cirugías, posiciones viciosas durante las horas de trabajo inmovilidad y rigidez en pacientes de edad avanzada y en aquellos con inicio de enfermedad de Parkinson por la rigidez característica de esta condición.

El dolor de cabeza tipo II es debido a estados de ansiedad o depresión¹¹ sin embargo no se conoce cual es la forma como el sistema nervioso selecciona partes del cuerpo para mostrar una somatización.

BASES BIOLÓGICAS:

El mecanismo de dolor muscular permanece desconocido, el dolor localizado proviene de terminales nerviosos nociceptivos en articulaciones, tendones, ligamentos y músculos de la porción cervical superior y menos frecuente del aparato masticatorio. El dolor es transmitido vía trigeminal desde su núcleo o vía C1 y C2 hacia el tálamo vía espino-tálmica y de aquí a la corteza para hacerlo consciente de una forma desconocida.

EPIDEMIOLOGÍA:

La cefalea es un síntoma universal, la proporción de personas propensas a cefalea no es confiable, 2 al 5 % de personas no han reportado cefalea en su vida¹². La epidemiología puede reportar que hay cefalea como síntoma, pero no el tipo. Un tercio de casos referidos a una Clínica de Migraña era auténtica migraña, un tercio tiene Cefalea tensional tipo I o II, un tercio la combinación de una de las anteriores combinada con migraña, un grupo tiene las tres combinaciones lo que constituye una verdadera pesadilla diagnóstica¹³.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

En las cefaleas de larga historia a menudo se usa un diagnóstico equivocado de migraña, esta siempre es episódica y nunca las crisis sobrepasan las 72 horas, lo frecuente es que dure un día, además las características de síntomas de la migraña son claramente diferenciadas, una cefalea que aparezca diariamente no es migraña. El status migrañoso es muy raro, por lo tanto hay que tener mucho cuidado en su diagnóstico.

Cefalea postraumática puede confundirse con migraña pero se diferencia por la característica de su dolor que es difuso mientras en la migraña es más localizado.

Cefalea de origen reciente debe ser investigada con mucho cuidado porque pueden ser más fácil su tratamiento tales como: la arteritis temporal, lesiones de ocupación de espacio, tumores, absceso cerebrales, hematoma subdurales, meningitis viral o tuberculosa, ependimoma cístico o intraventricular, metástasis, hipertensión craneana benigna.

Los otros tejidos en la cabeza que deben ser tomados en cuenta son: Glaucoma, distrofia corneal, sinusitis frontal, abscesos dentales. Enfermedades metabólicas generalmente no cursan con cefalea.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION:

Lo primero es lo primero, la historia clínica bien detallada arroja en un alto porcentaje el camino de la investigación a seguir, una cefalea muy localizada y de aparición reciente requiere una Tomografía axial computarizada, aunque muchas veces puede ser negativo, los pacientes se sienten más seguros en aceptar cualquier otro diagnóstico con menos ansiedad. La anemia puede contribuir a la aparición de cefalea, un estudio hematológico que incluya velocidad de sedimentación para excluir una Arteritis temporal. Pruebas tiroideas son útiles para descartar un hiper o hipotiroidismo que cursa con ansiedad y depresión respectivamente. Hoy en día una Rx simple de cráneo tiene muy poca utilidad. Rx Cervical puede mostrar una limitación de la movilidad por contracta muscular o espondilosis cervical, pero es más útil en personas mayores de 40 años o con antecedentes de traumas cráneo-cervicales.

En mi practica privada utilizo de rutina la prueba de personalidad MMPI, que revela datos sobre depresión e hipocondriasis y rasgos de personalidad del paciente de gran utilidad para el manejo de la Cefalea tensional tipo II. Otra prueba neurofisiológica de gran utilidad son los Potenciales evocados de larga duración P300, que en los casos de depresión muestran latencias normales con pobre atención y concentración a los paradigmas utilizados, dando evidencias positivas de una prueba que estos pacientes siempre buscan para explicar su problema, debido a que la mayoría de las pruebas utilizadas son normales. El Electroencefalograma es a menudo utilizado y tiene importancia para descartar ciertas crisis parciales que cursan con cefalea y que ceden con tratamientos anticonvulsivantes.

MANEJO Y TRATAMIENTO:

Los pacientes con cefalea tensional son la mayoría de los casos de una Clínica de Cefalea, un diagnóstico diferencial a tiempo ahorra energía y evita desgastes por parte del paciente y del médico, cuando se obvia este paso, los pacientes caen en el círculo perverso del dolor crónico, visitando numerosos médicos que van dando aproximaciones diagnósticas sin base, hasta que el paciente opta por buscar la medicina alternativa que empeorara el manejo del paciente, terminando siempre en otro médico, en busca de su última esperanza, estos casos son los de peor pronóstico.

El uso de bloqueo de ambas regiones suboccipitales con adrenalina al 1% sin adrenalina combinado con esteroides de liberación prolongada; asociado a un antidepresivo y benzodiazepinas por un período de 3 meses. Además de la búsqueda de la causa que mantiene al paciente en tensión muscular permanente son la base del éxito de esta entidad nosológica. Durante un período de 10 años he tratado 1000 pacientes con cefalea tensional obteniendo una mejoría franca de un 85 % de los casos, el 15 % restante que no ha respondido al tratamiento se debe a problemas psiquiátricos severos, que han podido mantener controles parciales, solo un 2 % de este 15 % ha sido refractario a todo tipo de tratamiento¹⁴. El manejo interdisciplinario de estos pacientes con psiquiatras, psicólogos y fisioterapeutas son la base del manejo del paciente refractario a tratamiento.

CONCLUSION:

La cefalea tensional es uno de los temas mas apasionantes por lo estereotipado de su presentación y por su diversidad de causas y posibles desencadenantes, hasta ahora no hay todavía una explicación racional al mecanismo de instalación de la cefalea, las diferentes teorías todavía no son concluyentes y este tema será siempre de controversia en todo escenario científico donde se discuta.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain*. Cephalalgia 1988;8(Suppl 7): 1 - 96.
2. Blau JN. *Tension headaches: clinical features and an attempt at clarification*. In: Ferrari MD, Lastate X, editors. *Migraine and other headaches*. Camforth: Parthenon, 1989:65-71
3. Cyriax J. *Rheumatic headache*. Br.Med J 1938;2:1367-8
4. Kellgren JH. *Observations on referred pain arising from muscles*. Cli Sci 1938; 3:175-90
5. Tunnis MM, Wolf HG. *Studies on headache: cranial artery vasoconstriction and muscle contraction headache*. Arch Neurol Psychiatry 1954;71:425-34

6. Pickoff H: *Is the muscular model of headache still viable? A review of conflicting data.* Headache 1984;24:186-98
7. Costen JB. *A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporo-mandibular joint.* Ann Otol Rhinol Laryngol 1934;43:1-15
8. Brain W. *Some unsolved problems of cervical spondylosis.* Br Med J 1963;1:771-7
9. Ídem a referencia 1.
10. Ídem a referencia 2
11. Blau JN *Headache: history, examination, differential diagnosis and special investigation.* In Vinken PJ, y colab. Editors. Handbook of clinical neurology. Vol.4. Amsterdam: Elsevier 1986:43-58
12. Espir MLE, Thomason J, Blau JN, Kurtz Z. *Headache in civil servants: effect on work and leisure* Br J Ind Med 1988;45:336-40
13. Solomon S. *Primary headaches: migraine, cluster headache, tension -type headache.* Review of world literature. Headache 1991b;44:1147-57
14. Mosquera I. *Cefalea tensional tipo II. ¿Es una enfermedad psicósomática?* Data no publicada. 1998