

# CEFALEA

## (ABORDAJE CLINICO)

—Revisión Bibliográfica—

*Manuel S. Gadea Vieto \**

La cefalea es uno de los padecimientos a los que nos abocamos todos los días en la consulta, ya sea ésta consulta de medicina general o especializada. En nuestro medio se dice que de cada seis consultantes, cinco padecen de cefalea, independientemente de la causa por la que acuden ese día a su cita. El paciente que acude a la consulta por la cefalea, si revisamos su expediente, nos percatamos que ya tiene varias citas anteriores, varios tratamientos al parecer sin éxito, pero es raro encontrarnos con un paciente al que se haya estudiado satisfactoriamente por su padecimiento.

Al igual que se hace con cualquier otro padecimiento, debemos comenzar por tomar una buena historia clínica, agotando todos los datos que el interrogatorio nos pueda proveer; al cabo de éste, el médico está en capacidad de tener una idea del tipo de cefalea al cual se enfrenta. Junto con la exploración física y neurológica completas, se tendrá un panorama aún más amplio del padecimiento y de las pruebas de laboratorio y de gabinete que nos serán de utilidad, siendo éstas muchas veces necesarias dada la etiología de la cefalalgia.

Desde el momento mismo en que el paciente entra en el consultorio, iniciando con la inspección podemos anotar la manera en que el paciente se desplaza; por lo general la persona con una cefalea de tipo vascular tiende a desplazarse con lentitud e incluso el balanceo de sus extremidades superiores es más lento que lo usual; el sacudimiento mismo de la marcha exacerba el padecimiento. Aquella persona con cefalalgia de tipo psicógeno es alguien

con aspecto tranquilo, relajado que amargamente nos relata un drama de su molestia intensa e incapacitante. El individuo migrañoso es el prototipo del acicalamiento, una persona, por lo general suspicaz, con un núcleo ansioso muy importante.

Una persona portadora de cefalea vascular o de migraña se sentirá sumamente molesta en una habitación en la que la fuente luminosa sea a base de luces brillantes.

Observaremos si existe ataxia o desequilibrio hacia un lado; el paciente atáxico posee una base de sustentación ampliada patológicamente; se investigarán la cojera o la falta de pendulación normal en una extremidad superior. Cuando existe debilidad de miembros inferiores o pie péndulo, se eleva el pie a un plano demasiado alto cuando se camina. En la enfermedad corticoespinal, el sujeto presentará la marcha espástica o "en tijeras", que es cuando el sujeto al caminar hace una circunducción con el miembro inferior ipsilateral a la lesión. Por supuesto aquella cefalea de inicio reciente que ocurre concomitantemente con trastornos de la marcha sugiere la posibilidad diagnóstica de una lesión intracraneal orgánica.

Muchas de las personas migrañosas cursan durante las crisis con inestabilidad vasomotora, la que se manifiesta clínicamente por zonas hiperémicas en la piel del tórax, sudoración en las palmas de las manos y en muy contadas ocasiones urticaria.

### EXPLORACION FISICA:

Los signos vitales son de suma importancia en cualquier examen física y suelen aportar pistas útiles en cuanto al origen del

\* *Asistente de Medicina Hospital Anexión de Nicoya.*

problema. La fiebre de cualquier etiología provoca dolor de cabeza, lo que nos dará una pauta para buscar el origen de una enfermedad de tipo infeccioso, sea ésta localizada o generalizada, siendo necesario considerar la posibilidad diagnóstica de una meningitis o de un absceso cerebral. La arteritis temporal generalmente se acompaña de febrícula.

Aunque la hipertensión arterial por sí misma puede originar cefalea con signos bastante típicos, esto no es la regla, y para que ocurra es menester que la tensión diastólica se encuentra entre 130 y 140 mmHg o más. De mayor importancia es el hecho que una elevación brusca de la tensión arterial, cualquiera que ésta sea, puede hacer que aumente la frecuencia e intensidad de una cefalea vascular crónica. Una presión diastólica de 100 a 110 mmHg, que por sí sola no provocaría cefalea, es suficiente para producir un incremento notable en la frecuencia de los ataques de migraña.

Una taquiesfignia nos puede estar indicando que nuestro paciente o es muy tenso, o posee labilidad vasomotora.

Siguiendo con la exploración se procederá ahora a hacerlo en la cabeza, siguiendo todos los cánones de una buena exploración física: inspección, palpación, auscultación y muy ocasionalmente percusión. Las arterias temporales pueden ser muy notables en aquellas personas portadoras de arteritis temporal o en las que presentan al momento del examen una crisis de migraña. Toda asimetría facial puede indicar lesión del sétimo par. Graham en un estudio acerca de las cefaleas de tipo histamínico ha señalado algunos signos que se pueden considerar característicos, aunque no patognomónicos, los que incluyeron: facies leonina, engrosamiento de la piel de la cara con surcos profundos en la frente y la glabella, telangiectasia de la nariz y los carrillos, y "piel de naranja" en los mismos.

En los ojos es menester buscar ptosis, que se presenta en aquellas personas portadoras de cefalea histamínica o de migraña, la ptosis por lo general es unilateral y puede persistir hasta 24 o 48 horas después del último ataque; la ptosis que no desaparezca debe ponernos en alerta para ir a buscar un tumor o bien un

aneurisma. Otros de los signos que con frecuencia presentan las personas aquejadas de dolor de cabeza en los ojos son epífora e hiperemia en las escleróticas. Es de capital importancia el realizar una confrontación campimétrica y en todos aquellos pacientes en los que podamos detectar alguna anomalía es recomendable una referencia al oftalmólogo. Esto, claro está, siempre y cuando la sintomatología no sea transitoria y acompañante de un ataque de migraña. Se estudiará los músculos extraoculares, así como la presencia o ausencia de nistagmo; con los ojos cerrados se palpará la tensión en ambos globos oculares por separado y en caso de la menor sospecha de un incremento en ésta, estará indicado la referencia al oftalmólogo para una tonometría formal.

Con el examen minucioso del fondo de ojo debemos investigar si existe papiloedema y pulsaciones venosas, su ausencia en los bordes del disco puede ser una indicación temprana de hipertensión endocraneana, la que puede estar indicada también por hemorragias y/o exudados retinianos, claro está, en ausencia de discrasias sanguíneas, hipertensión arterial o diabetes.

Al examinar la nariz buscaremos signología de obstrucción e irritación. En ocasiones una cefalalgia crónica de poca intensidad tiene su origen en una rinitis vasomotora, en la cual la mucosa estará roja e inflamada. Una mucosa pálida e hinchada indica rinitis alérgica. La "cefalea por sinusitis" no es resultado de la sinusitis, pero la inflamación ayuda de las mucosas de los senos sí puede originar cefalea y secreción nasal purulenta.

En el examen de los oídos es indispensable estudiar la audición, ya que una pérdida auditiva de tipo nervioso, reciente, puede denotar la existencia de un tumor de fosa posterior y, por supuesto, suele aparecer en el caso de un neurinoma del acústico. Se buscarán signos de enfermedad o infección.

La boca se examina prestando particular atención a la lengua y los movimientos del paladar. La sepsis oral puede poner de manifiesto la presencia de un absceso; la mordida desigual de uno u otro maxilares es causa frecuente de dolor temporo-mandibular, la que puede manifestarse como cefalea en un lugar

distante a su verdadero origen. Esta articulación deberá de ser palpada en busca de dolor y crepitación.

Al estar palpando la cabeza nos podemos percatar de que existe hipersensibilidad del cuero cabelludo, músculos o vasos extracraniales, los que nos podría indicar que su origen está en dichas estructuras, aunque también cabe la posibilidad de que estas manifestaciones sean producto de causas intracraneales. El dolor, engrosamiento y disminución de la pulsación de las arterias temporales superficiales, sugiere fuertemente el diagnóstico de arteritis temporal. En algunas ocasiones se palpan defectos en la configuración del cráneo, producto de traumatismos o de enfermedad, tal el caso de la displasia fibrosa. El cráneo se ausculta en los siguientes lugares a saber: regiones oculares, temporales, occipitales y retroauriculares. Al auscultar las órbitas, se colocará la campana del estetoscopio suavemente sobre uno de los ojos cerrado, mientras se le pide al paciente que mantenga el otro abierto, todo con el fin de evitar hasta donde nos sea posible el parpadeo e interferencia del ruido. Aunque los soplos no son frecuentes en el cráneo, cuando se perciba uno, es aconsejable pensar en la práctica de un arteriograma, con el fin de excluir una patología vascular intracraneal. También es recomendable auscultar las carótidas a nivel del cuello y zonas supraclaviculares en busca de ruidos anormales. Se palpa el cuello buscando espasmos y dolor, así mismo, se explora en busca de alguna limitación de sus movimientos. Las crepitaciones son frecuentes en las personas portadoras de artritis cervical, que es entre otras, una causa frecuente de cefalalgia por contractura muscular. Algunos investigadores son de la idea que la espondilosis cervical con inestabilidad del raquis cervical, puede ser la causa de algunas cefaleas de tipo vascular.

Es indispensable realizar una exploración detallada y cuidadosa del sistema cardiovascular, con el fin de excluir que el origen de la cefalea sea una vasculitis o incluso una endocarditis. Si el dolor de cabeza es de inicio reciente, hemos de tener la certeza de que no se trata de una neoplasia primaria en otro sitio de la economía, causa de enfermedad metastásica a la cabeza.

## EXAMEN NEUROLOGICO:

El examen funcional del sistema nervioso es de capital importancia en la persona que aqueja dolor de cabeza, pues aunque éste es normal en la gran mayoría de los casos, en aquellos en quienes encontremos signos, éstos serán pistas inequívocas en el diagnóstico y localización del proceso que está produciendo la cefalea. Un meningioma en el surco olfatorio puede dar como único signo la anosmia, lo cual podremos descubrir precozmente con pruebas sumamente sencillas. Al examinar el segundo par craneal (óptico), estudiaremos la integridad de los campos visuales, así como la agudeza visual. Tanto el tercero, cuarto y sexto pares se estudian en conjunto, observando los movimientos de los músculos extraoculares, la existencia o no de ptosis, nistagmos y/o anomalías pupilares. Un aneurisma localizado en la arteria comunicante posterior puede originar una oftalmoplegía del tercer par acompañado de ptosis, midriasis fija y parálisis del ojo hacia arriba, abajo y hacia dentro; semejantemente, un aneurisma de la arteria carótica interna en su relación anatómica junto al sexto par puede originar parálisis hacia los lados de la visión.

El trigémino, nervio mixto, se estudia valorando el reflejo corneal, el que es importante ya que a menudo disminuye en presencia de un neurinoma del acústico. Haciendo que el paciente muerda hacia abajo, estudiamos la función motora, al valorar los músculos maseteros y pterigoideos.

El facial al igual que el anterior, es un nervio mixto, el que se valorará pidiéndole a nuestro paciente que con sus ojos cerrados identifique sabores previamente colocados en los dos tercios anteriores de su lengua; es aconsejable, mejor dicho indispensable pedir al paciente que se enjuague su boca después de cada prueba. Para verificar la integridad de la rama motora es menester pedirle al sujeto que ejercite si mímica facial; al realizar esta parte del examen debemos tener presente la inervación cortical bilateral de este nervio, ya que una persona con una lesión supranuclear, es capaz de arrugar la frente y cerrar los ojos, lo que también se puede presentar en el curso

de una lesión cortical; estas últimas entidades nosológicas lo que producen es una parálisis de los músculos inferiores faciales. Todas aquellas patologías que abarquen el nervio proximalmente a la unión con la cuerda timpánica, originarán una hemiplegia facial total con pérdida de la sensación gustativa en los dos tercios anteriores de la lengua.

Una persona portadora de un neurinoma del acústico evidenciará durante el interrogatorio y el examen físico la presencia de acúfenos y sordera nerviosa respectivamente. Es esencial el saber valorar las dos ramas del estatoacústico, la vestibular y la coclear.

Explorando el tercio posterior de la lengua y la integridad del reflejo nauseoso, estamos valorando la funcionalidad del glosofaríngeo. El vago o neumogástrico lo examinamos constatando el paladar blando y oyendo hablar a nuestro paciente en busca de disfonía, que puede ser el único signo que encontremos en un paciente con una lesión de este nervio. Aquellas lesiones que afectan el bulbo o la base del cráneo pueden llegar a involucrar en su curso la integridad del vago.

Las enfermedades que afecten al espinal o accesorio pueden llegar a producir debilidad para elevar los hombros y realizar movimientos de lateralización de la cabeza.

Por último, el hipogloso se estudia al observar las características de la lengua, así como sus movimientos.

Habiendo valorado los nervios craneales, se continúa con la valoración de grupos musculares, en busca de debilidad de alguno de estos grupos, atrofia, etc., posteriormente pasamos a valorar los reflejos osteotendinosos, haciéndolo en una forma comparativa, que es la única y mejor forma de poder precisar si existe o no alguna anomalía. En cuanto al sistema piramidal se refiere, tenemos algunos reflejos que nos ayudan en la valoración de la integridad del sistema (Babinski, Chaddock, Gordon Oppenheim y Hoffmann-todos sucedáneos-); en caso de que alguno de ellos estuviera presente debemos pensar que existe patología del sistema piramidal, corteza motora y región

inferior de la médula espinal. La ausencia tanto del reflejo abdominal como del cremasteriano debería de despertar en nosotros sospechas fuertes de lesión de tipo corticoespinal, especialmente en presencia de hiperreflexia osteotendinosa; no hay que olvidar que en aquellos sujetos obesos o con cicatrices quirúrgicas abdominales, es posible encontrar ausencia del reflejo abdominal. En este punto creo conveniente hacer énfasis en el hecho de que este tipo de reflejos no puede estar disminuido, es decir, que se encuentra presente o no, simplemente.

A continuación entraremos a estudiar la sensibilidad, el tacto, la posición, la temperatura y las sensaciones vibratorias. La posición y las sensaciones vibratorias se transmiten por la misma vía al tálamo, lugar en donde se decusan, por lo que cuando una de éstas está presente y la otra no, se podrá deducir fácilmente que la lesión se encontrará por arriba del tálamo. El estudio de la coordinación se inicia con la observación de la marcha, de la que se discutió en párrafos anteriores, por lo que no entraremos en más detalles. A continuación observaremos con qué tanta facilidad el sujeto realiza movimientos sencillos con sus manos, como peinarse, desvestirse, abotonarse sus ropas; haremos una prueba de Romberg. La sintomatología de las enfermedades cerebelosas es siempre ipsilateral a la lesión.

En caso de que los resultados de las pruebas básicas aporten datos anormales en sujetos con cefalea de inicio reciente, es imperativo su envío con el neurólogo o el neurocirujano.

## RESUMEN:

Se hace énfasis en que en toda aquella persona con dolor de cabeza se realice rutinariamente una exploración física y neurológica completas, siendo esta última de capital importancia para poder llegar, si no a un diagnóstico definitivo, por lo menos a uno presuntivo. En caso de ser el origen de la cefalea funcional o psicógeno, el solo hecho de haber realizado una valoración completa y adecuada tranquilizará grandemente a nuestro paciente.

**BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Bannister, R.; Neurología Clínica, pp 12-57; 146-153; 1974.
- 2.- Calne, D.B.; Terapéutica en neurología, pp 268-275; 1979
- 3.- Dutton, C.B.; Riley, L.H. Jr.; Cervical migraine. Am. J. Med. 47: 141-148; 1969.
- 4.- Graham, J.R.; Cluster headache. Headache 11: 175-185; 1972.
- 5.- Howe, J.R.; Patient Care in Neurosurgery, pp 61, 67-68; 67, 73-74; 87, 138; 1977.
- 6.- Wanger, S.L.; Elementos de diagnóstico de la cefalea, estudio médico y educación sostenida. Clínicas Médicas de Norteamérica, 2:79, pp 303-307.