

Cefalea crónica tipo tensión: una nueva experiencia de tratamiento

Chronic tension-type headache: A new treatment experience

Jesús Alberto Diazgranados Sánchez (1), Lissette Susana Chan Guevara (2), Mauricio Hernán Valencia Artunduaga (3), Paola A Piedrahita (4), Andrés F. Echeverry (4), Gustavo Eduardo Ramos Burbano (5)

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la cefalea tipo tensión es la forma más común de dolor de cabeza y su forma crónica una de las más difíciles de tratar, causa gran discapacidad a pacientes y representa enormes costos socioeconómicos, está relacionada con factores de tensión emocional y muscular. Las propuestas terapéuticas con las que se cuenta incluyen AINE, fisioterapia, infiltraciones con toxina botulínica en músculos pericraneales.

OBJETIVO: evaluar la efectividad en el tratamiento de la cefalea crónica tipo tensión con infiltración intramuscular con betametasona, un esteroide de depósito más lidocaína al 1%, en puntos de tensión muscular a niveles suboccipital, paraespinales cervicales y trapecio, acompañados de fisioterapia y un proceso educativo a pacientes y familiares.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio retrospectivo, en el que se midió la efectividad del tratamiento utilizando la escala visual análoga (EVA). Los datos fueron analizados en el programa SPSS por medio de porcentajes, frecuencias y proporciones.

RESULTADOS: de un total de 138 casos de cefalea crónica diaria tipo tensión, con edad promedio 51 años, 76,8% sexo femenino, 21% se asocia a trastorno ansioso; 8,7% a sensación vertiginosa y 8,7% síntomas depresivos; 8% insomnio; 78,2% de los pacientes refirieron mejoría con el tratamiento propuesto y de estos, 85,5% de los casos se cuantificaron según la EVA, 66,8% presentaron mejoría entre 7 y 10 puntos; el mayor porcentaje estuvo asintomático durante tres meses, 22,5% libres de crisis durante el seguimiento total de siete meses y 58,7% reincidieron.

CONCLUSIÓN: se evidencia que la combinación de infiltraciones intramusculares con betametasona más lidocaína y fisioterapia y un proceso de educación del personal médico a pacientes y familiares es un tratamiento eficaz, sin efectos adversos, en el manejo de la cefalea crónica tipo tensión, considerada una de las más difíciles de tratar.

PALABRAS CLAVE: Cefalea Crónica, Educación, Esteroides, Fisioterapia, Infiltración Intramuscular (DECS).

SUMMARY

INTRODUCTION: the tension-type headache is the most common form of headache and chronic one of the most difficult to treat form, causes severe disability to patients and enormous socioeconomic costs is related to emotional stress factors and / or muscle. Therapeutic proposals, which are considered, include NSAIDs, physical therapy, injections of botulinum toxin in pericranial muscles.

OBJECTIVES: to evaluate the effectiveness in the treatment of chronic tension-type headache with intramuscular infiltration with steroid betamethasone one deposit plus 1% lidocaine at points of muscle tension level suboccipital, cervical paraspinal and trapezius, accompanied by physiotherapy, more an educational process to patients and families.

MATERIALS AND METHODS: retrospective study where treatment effectiveness was measured using the Visual Analogue Scale (VAS). Data were analyzed in SPSS using percentages, frequencies and proportions.

(1) Neurólogo Clínico, Director Médico IPS Neurólogos de occidente. Docente Universidad Libre Cali

(2) Médico General. Investigador Universidad Libre Cali. Residente III de Neurología Clínica - Staedtisches Klinikum Braunschweig, Alemania

(3) Residente III Neurología Universidad Nacional Bogotá

(4) Médico Internista, Medicina Interna Universidad Libre Cali

(5) Médico Internista / Neurólogo Clínico, Docente Universidad Libre Cali

Recibido: 8/12/14. Aceptado: 1/09/15.

Correspondencia: Jesús A. Diazgranados: dirmedica@neurologosdeoccidente.com

RESULTS: total 138 cases of chronic daily headache tension type, mean age 51 years, 76.8% female, 21% is associated with anxiety disorder, 8.7% giddy feeling and 8.7% depressive symptoms, 8% type insomnia sleep disorders. 78.2% of patients reported improvement with the proposed treatment, of these, 85.5% of cases were quantified according to VAS, 66.8% showed improvement between 7 and 10 points; the highest percentage was asymptomatic for 3 months, 22.5% seizure-free for the total up of 7 months, 58.7% relapsed.

CONCLUSION: it is evident that the combination of intramuscular injections of lidocaine plus Betamethasone more Physiotherapy and a process of education of medical staff to patients and families, is an effective treatment without adverse effects in the management of chronic tension headache, considered one of the most difficult to treat.

KEY WORDS. Chronic Headache, Education, Steroids, Intramuscular Injection, Physiotherapy (MeSH).

INTRODUCCIÓN

Las cefaleas primarias, como la migraña y la cefalea tipo tensión (CTT) son desórdenes benignos que causan discapacidad a quien las padece y sus familiares, y por otro lado producen un gran efecto socioeconómico debido a su alta prevalencia en la población general, la cual se calcula actualmente es del 51% (discriminadas como migraña 10%, CTT 38%, y cefaleas crónicas 3%) (1,2).

A pesar de que la CTT es la cefalea primaria más común (con una prevalencia en la población general del 30 al 78% a lo largo de la vida), su tratamiento no es fácil, lo cual lleva a altos costos en el sistema de seguridad social por incapacidad laboral y deterioro de la calidad de vida en quienes la padecen y sus familias (3-8).

La tercera clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas, publicada en 2013 (ICHD-3) (9), acepta que la CTT se puede presentar en tres formas:

1. Episódica infrecuente: al menos diez episodios de cefalea que ocurren, en promedio, menos de un día al mes o menos de doce días al año;
2. Episódica frecuente: al menos diez episodios de cefalea que ocurren, en promedio, uno a catorce días al mes durante más de tres meses \geq doce días y menos de ciento ochenta días al año;
3. Crónica: cefalea que se presenta con media de \geq quince días al mes durante más de tres meses \geq ciento ochenta días al año.

El diagnóstico clínico de la CTT se basa en la presencia de dolor, en ausencia de características observadas en otras cefaleas primarias y su intensidad suele ser de leve a moderada; el hallazgo más importante en el examen físico es el aumento de la sensibilidad miofacial pericraneal, se desconoce si esto se debe a un fenómeno primario o secundario, se sugiere como hipótesis que el incremento en la actividad muscular es un fenómeno de adaptación normal protectora contra el dolor, así como la isquemia del músculo, y la presencia de anomalías en el flujo san-

guíneo y la liberación de neuropéptidos como la sustancia P y el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (10) se les considera como probables factores involucrados en la génesis de esta cefalea.

El dolor de cabeza a menudo implica compromiso en la región occipital y del cuello, lo que sugiere unas conexiones funcionales entre los aferentes nociceptivos trigémino-cervicales.

Varios estudios han sugerido que el alivio del dolor en la migraña y otros tipos de dolor de cabeza se puede lograr mediante inyecciones locales de esteroides, anestésicos locales o una mezcla de ambos en el área del nervio occipital mayor (NOM). En general el bloqueo del nervio occipital mayor (BNOM) se realiza con anestésicos locales solos o con esteroides. La razón de realizar un BNOM para el tratamiento de los estados de dolor de cabeza crónicos está en las conexiones anatómicas entre la región caudal del núcleo del trigémino y las fibras sensoriales cervicales superiores; sin embargo, la razón de la mejoría después de BNOM en cefaleas primarias es desconocida (11).

Se ha demostrado la eficacia de bloquear el NOM en la cefalea en racimos, sin reporte de eventos adversos graves, pero sí se han descrito efectos secundarios tales como dolor local y mareo transitorio, eventos sincopales y alopecia atrófica cutánea (12).

Entre otras intervenciones no farmacológicas propuestas para el tratamiento de la CTT se encuentra la terapia física, aun cuando algunas revisiones han concluido que no hay suficiente evidencia para soportar o refutar la eficacia de este método terapéutico (13); otras han reportado que la terapia física, específicamente la terapia manual, puede ser beneficiosa (14) y efectiva para reducir la frecuencia, la intensidad y duración de la misma (15-18).

Hasta el momento en la literatura no hay documentada información amplia sobre un manejo claro dirigido a aliviar el dolor que aqueja a estos pacientes. El presente estudio describe de forma retrospectiva los resultados encontrados con relación a la mejoría del dolor percibida por los

pacientes diagnosticados con cefalea tipo tensión crónica tras recibir un abordaje integral. Proponemos el uso de un tratamiento basado en la combinación de infiltraciones intramusculares (trapecio, músculos paraespinales del cuello y suboccipitales) con betametasona + lidocaína y posterior fisioterapia enfocada a estos músculos del cuello, además de un programa educativo dirigido a que el paciente tenga un mejor entendimiento de la naturaleza de su enfermedad, como una medida efectiva y de gran utilidad en el abordaje de los pacientes con cefalea tipo tensión crónica.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad en el tratamiento de la cefalea tipo tensión crónica de la infiltración intramuscular con betametasona en dosis de 8 mg más lidocaína, fisioterapia y educación a pacientes y familiares, enfocándolos sobre causas posibles y la falta de relación con procesos patológicos.

MATERIALES Y METODOS

Estudio retrospectivo de mayo del 2012 hasta marzo del 2014 en un centro de referencia neurológico de Cali, con base en la revisión de historias clínicas de aquellos pacientes que recibieron tratamiento de infiltraciones intramusculares con betametasona 8 mg y lidocaína 5 cc más fisioterapia, quienes tuvieron controles posteriores programados hasta por siete meses a partir del inicio del tratamiento. Todo paciente que no cumpliera de forma completa con los puntos anteriores, no se tomó en cuenta para incluirlo en el estudio.

Se preguntó durante la anamnesis por síntomas relacionados con comorbilidad neuropsiquiátrica, sin la utilización de pruebas psicométricas específicas, solo se tuvieron en cuenta las quejas expresadas por los pacientes.

Posteriormente se valoró en ellos la efectividad de tratamiento, indagando de manera subjetiva la mejoría por medio de la escala visual análoga del dolor (EVA).

Consideramos como mejoría todo paciente que refiriera disminución en la intensidad del dolor dada por disminución en la EVA mayor a cinco puntos; mejoría parcial: disminución en la EVA menor o igual a cinco puntos; no mejoría: ningún cambio reportado en la EVA; recaída: retorno al puntaje EVA previo (reportado antes de inicio del tratamiento) después de un mes de terminado el tratamiento.

Todos los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 18, por medio de porcentajes, frecuencias y proporciones.

Procedimiento

Previo consentimiento informado se realizó infiltración de los músculos suboccipitales y/o paraespinales cervica-

les y/o trapecio, según donde se determinara dolor por espasmo miofacial (puntos gatillo) con 8 mg de betametasona + 5 cc de lidocaína, utilizando aguja hipodérmica números 25 ó 26. En pacientes diabéticos compensados, se les aplicó lidocaína sola debido al efecto hiperglicemiante de la betametasona, y a los epilépticos se les suministró betametasona sin lidocaína debido a su potencial capacidad de inducir crisis epilépticas. Se les indicó acudir posteriormente a diez sesiones de fisioterapia, en las que se realizaron ejercicios de estiramiento y relajación así como fortalecimiento muscular; también hizo parte de la propuesta de tratamiento integral el acompañamiento en los aspectos psicológicos de la enfermedad, y una buena relación médico/paciente, con énfasis en una atención personalizada, escuchando inquietudes y temores, explicando a los pacientes el papel que desempeñan los aspectos emocionales en el dolor de cabeza, e indagando sobre los factores desencadenantes, sirviendo así de mediadores para encontrar el o los factores disparadores en cada caso individual, que se detectara en consulta, recomendando sencillos métodos de relajación en casa, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, o remitiéndoles a valoración por psicología o psiquiatría según correspondiera.

RESULTADOS

Se hallaron 138 historias clínicas de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión; el 76,8% (106) correspondió al sexo femenino, con un promedio de edad de 51 años, siendo la edad mínima de 18 y máxima de 94 años.

El tiempo de evolución de la cefalea está comprendido entre cero y más de veinte años (Figura 1).

Estos pacientes habían recibido diversos tratamientos, en su mayoría con AINE, cafeína - ergotamina y otros analgésicos, sin presentar mejoría en el 80,7% de ellos, con mejoría clínica parcial y transitoria en el 10,8%, solo en el 7,2% hubo alguna mejoría significativa con posterior y rápida reincidencia.

Las comorbilidades más frecuentes detectadas fueron: en el 20,3% hipertensión arterial, 10% diabetes mellitus, 8,7% vértigo, 5,8% hipotiroidismo, 3,8% epilepsia, 2,2% artrosis, 1,5% antecedente de trauma craneoencefálico e igual porcentaje para aneurisma cerebral, 0,72% cáncer de seno.

Además encontramos que el 21% se asocia a trastorno ansioso, 8,7% síntomas depresivos, 8% presentaron trastornos del sueño tipo insomnio y 5,8% refirieron manejar elevado nivel de estrés emocional.

Al 92% de los pacientes se les infiltró con una combinación de betametasona 8 mg y lidocaína 5 cc; al 5,8% solo lidocaína, sin esteroide, por ser este el grupo de

pacientes diabéticos, y al 2,2% se aplicó betametasona sola por antecedente de epilepsia. Al preguntar a los pacientes sobre la mejoría subjetiva (sin valor de EVA) obtenida con el tratamiento, se encontró que el 78,2% de los pacientes refirieron haber presentado mejoría de la cefalea, 7,9% mejoría solo parcial y 13,8% reportaron no haber mejorado. En el 85,5% de los casos se logró cuantificar esta mejoría con la escala visual análoga de dolor EVA (0 a 10), siendo 0 el valor mínimo y 10 la remisión total del dolor, de esta forma encontramos que en el 66,8% de los casos refirieron una mejoría cuantificable entre 7 y 10 puntos (Figura 2).

El tiempo libre de cefalea postratamiento varió entre uno y doscientos diez días (siete meses), al respecto el mayor porcentaje de pacientes refieren haber estado asintomáticos en promedio durante noventa días (Tabla 1).

En cuanto a recaídas, hallamos que 22,5% de los pacientes refirieron no haberlas presentado durante el tiempo

de seguimiento, e hicieron énfasis en que además del tratamiento médico ofrecido llevaron a cabo un proceso de introspección sobre sus asuntos emocionales, logrando así una mejoría en su salud mental y por ende en su calidad de vida; 2,9% presentaron episodios de dolor de cabeza ocasionalmente y 58,7% refirieron recaer en la sintomatología entre uno y tres meses.

Durante el procedimiento se presentaron complicaciones leves e irrelevantes atribuibles al mismo, consistentes en mareo leve de corta duración en el 10% de los casos.

Es de anotar que de los 138 pacientes estudiados, 23,9% tenían neuroimágenes, en ellas solo cuatro revelaban alguna anomalía considerada como hallazgo incidental y no causante de la cefalea, correspondientes a: un caso de atrofia frontal, uno de microangiopatía, otro de un microadenoma de hipófisis y finalmente, uno de un quiste aracnoideo pequeño no compresivo

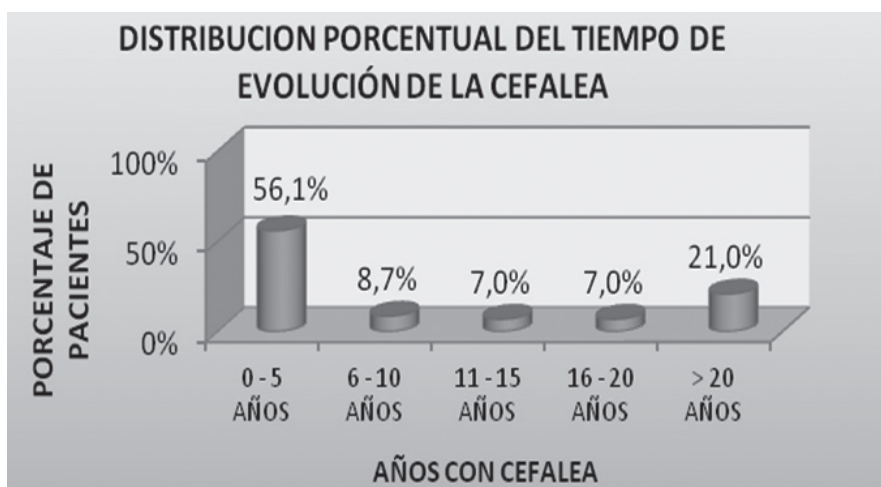


Figura 1. Distribución porcentual del tiempo de evolución de la cefalea

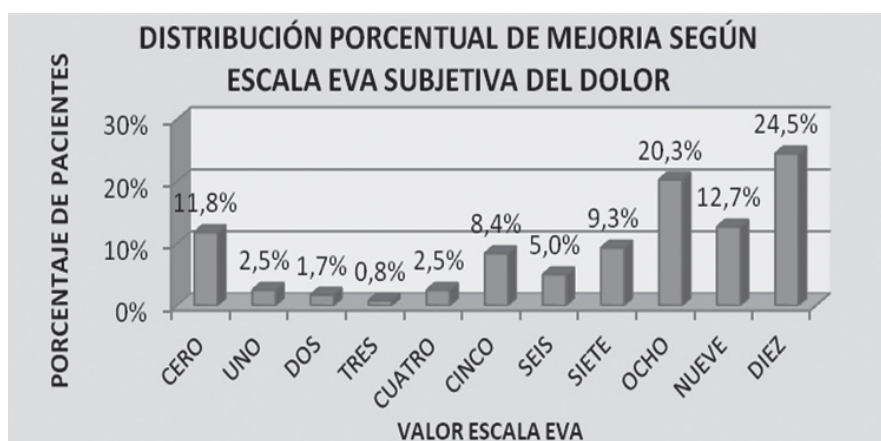


Figura 2. Distribución porcentual de mejoría según escala EVA subjetiva del dolor

Tabla 1. Tiempo libre de cefalea posterior al tratamiento con infiltraciones + Fisioterapia

Tiempo libre de cefalea	Porcentaje de pacientes
< 15 días	10,1
1 mes	18,5
2 meses	15,7
3 meses	27,7
4 meses	2,7
5 meses	1,7
6 meses	2,7
7 meses	2,7
No mejoría	17,6
Total	100

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo se enfocó en evaluar la efectividad de un tratamiento que combina infiltraciones intramusculares, fisioterapia y educación en pacientes con cefalea tipo tensión crónica. Los factores de riesgo para cefalea tipo tensión incluyen una percepción de salud limitada o endeble, incapacidad de relajarse posterior al trabajo y trastornos del sueño, con deterioro en la calidad de este y pocas horas para dormir. El efecto individual de la cefalea tipo tensión incluye sufrimiento físico, disminución de la calidad de vida y altos costos económicos al sistema de salud, difíciles de cuantificar.

Las evaluaciones con escalas de calidad de vida demuestran que la cefalea tipo tensión crónica tiene siete veces más efecto negativo en la vida emocional de los pacientes que en los grupos control. En los pacientes deprimidos y ansiosos la cefalea está presente en el 67% de los casos, y en aquellos con cefalea tensional se puede predecir que presentan como comorbilidades depresión y ansiedad (2). En nuestro estudio las comorbilidades de mayor frecuencia fueron los trastornos de ansiedad generalizada, vértigo posicional y síntomas depresivos, así como trastornos del ciclo de sueño y elevado nivel de estrés emocional, concepto que se reafirma en múltiples estudios, como el realizado en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Texas, donde en una serie de casos y controles aplicaron test estandarizados psicométricos a un grupo de pacientes con cefalea tensional crónica y a un grupo control libre de cefalea, encontrando niveles de ansiedad, depresión y enojo/hostilidad muy elevados en el grupo con cefalea tensional (9, 18); por otro lado, Jensen y Stovner en su estudio epi-

demiológico nos muestran cómo, con base en seguimiento durante diez años a 62 pacientes con cefalea tipo tensión episódica, 75% continuaron presentando episodios de cefalea y 25% desarrollaron cefalea tipo tensión crónica. En los casos que inicialmente presentaban cefalea crónica en el seguimiento, 31% no presentaron cambios, 21% desarrollaron cefalea de rebote y el resto revirtieron los episodios con o sin tratamiento; la depresión, ansiedad y abuso de medicamentos fueron predictores de poca mejoría en el seguimiento clínico y estos pacientes requirieron aumento de atención médica posterior (2).

Ante la falta de tratamientos eficaces para el manejo de la cefalea tipo tensión crónica proponemos un tratamiento consistente en infiltraciones intramusculares con esteroides de depósito (betametasona) más lidocaína en los puntos gatillo de dolor a nivel del cuello y la región supraescapular, con posteriores sesiones de terapia física y un proceso educativo que minimice las creencias populares sobre el dolor de cabeza, manejo que hasta el momento no está claramente recomendado como una opción eficaz en la literatura, pero con cifras de mejoría cercanas al 80% de los pacientes, y en nuestro estudio logramos cuantificar —según escala visual análoga— que el 66,8% presentaba una mejoría importante en un rango de 7 a 10 (según EVA), considerándolo un método fácil y seguro, con baja presencia de complicaciones.

Tal como se describe en la Tabla 1, el mayor porcentaje de pacientes refiere haber estado asintomáticos durante tres meses, con 22,5% sin recaídas, ayudados además por una mejoría en aspectos emocionales y en su salud mental; por otro lado, 58,7% recayeron, lo cual también se ha visto en pacientes con cefalea en racimos o Horton, en los que los esteroides orales pueden interrumpir los ataques, pero la recurrencia es frecuente y puede conducir a la dependencia. La inyección suboccipital de esteroides puede ser una alternativa eficaz “de aplicación única”, el estudio doble ciego controlado con placebo de Ambrosini señala que una inyección de esteroides suboccipital suprime completamente los ataques en más del 80% de los pacientes, este efecto se mantuvo durante al menos cuatro semanas en la mayoría de ellos (19).

Finalmente, queremos destacar la poca utilidad de los estudios imagenológicos en este tipo de cefaleas; es así como de los 138 pacientes, en 33 de ellos (23,9%) se realizaron, de los cuales cuatro casos (12,1%) presentaban alguna anomalía, ninguna de las cuales se consideró causa directa de la cefalea. Esto también se demuestra en el estudio prospectivo realizado por Sempere para demostrar la utilidad de las imágenes en pacientes con cefalea no aguda, con inclusión de 840 casos, de los cuales se realizaron imágenes en 838, detectando alteraciones en solo 15 pacientes (1,8%) IC-95% (20) y no relacionadas con la cefalea.

CONCLUSIÓN

El tratamiento con base en la combinación de infiltraciones intramusculares (trapecio, músculos paraespinales del cuello y suboccipitales) con betametasona más lidocaína y posterior fisioterapia, además de un programa de educación al paciente, puede ser de gran utilidad y efectividad

en la mejoría de los síntomas y en la calidad de vida de los pacientes con cefalea tipo tensión crónica, dolor de cabeza considerado el más difícil de tratar.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- MORILLO LE, ALARCÓN F, ARANAGAN, ET AL. Prevalence of migraine in Latin America. *Headache* 2005;45:106-17.
- JENSEN R, STOVNER L. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol.* 2008;7:354-61.
- BENDTSEN L, JENSEN R. Tension type headache: the most common, but also the most neglected headache disorder. *Curr Opin Neurol* 2006;19:305-9.
- STOVNER L, HAGEN K, JENSEN R, ET AL. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007;27:193-210.
- BERG J, STOVNER LJ. Cost of migraine and other headaches in Europe. *Eur J Neurol.* 2005;12(Suppl 1):59-62.
- BERG J. Economic evidence in migraine and other headaches: a review. *Eur J Health Econom.* 2004;5:S43-S54.
- ANDLIN-SOBOCKI P, JONSSON B, WITTCHEN HU, OLESEN J. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol.* 2005;12 (Suppl 1):1-27.
- RASMUSSEN BK, JENSEN R, OLESEN J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:443-6.
- HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS) 2013. The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. (beta version) ICHD-3 beta. *Cephalalgia* 2013;33(9):629-808.
- Volcy M. Cefalea tipo tensional: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento. *Acta Neurológica Colombiana* 2008;24:S14-S27.
- SARACCO MG, VALFRE W, CAVALLINI M, AGUGLIA M. Greater occipital nerve block in chronic migraine. *Neurol Sci.* 2010;31(Suppl 1):S179-S180.
- GANTENBEIN AR, LUTZ NJ, RIEDERER F, SANDOR PS. Efficacy and safety of 121 injections of the greater occipital nerve in episodic and chronic cluster headache. *International Headache Society* 2012. *Cephalalgia* 2012;32(8):630-4.
- BIONDI D. Physical treatments for headache: a structured review. *Headache* 2005;45:738-46.
- HATCH JP, SCHOENFELD LS, BOUTROS NN, SELESHI E, MOORE PJ, CYR-PROVOST M. Anger and Hostility in Tension-Type Headache. *Headache*; 1991 May;31(5):302-4.
- LOZANO C, ET AL. Eficacia de la terapia manual en el tratamiento de la cefalea tensional. Una revisión sistemática desde el año 2000 hasta el 2013. *Neurología*; 2014.
- TORELLI P, JENSEN R, OLESEN J. Physiotherapy for tension-type headache: controlled study. *Cephalalgia* 2004;24:29-36.
- ETTEKOVEN H VAN, LUCAS C. Efficacy of physiotherapy including a craniocervical training programme for tension-type headache: a randomized clinical trial. *Cephalalgia* 2006;26:983-91.
- BARBANTI P, EGEO G, AURILIA C, FOFIL L. Treatment of tension-type headache: from old myths. To modern Concepts. *Neurol Sci.* 2014;35(Suppl 1):S17-S2.
- AMBROSINI A, VANDENHEEDE M, ROSSI P, ALOJ F, SAULI E, PIERELLI F, ET AL. Suboccipital injection with a mixture of rapid- and long-acting steroids in cluster headache: A double-blind placebo-controlled study. 2005 International Association for the Study of Pain. Published by Elsevier B.V.
- SEMPERE AP, PORTA-ETESSAM J, MOLA S, MEDRANO V, GARCÍA-BARRAGÁN N, GARCÍA-MORALES I, ET AL. Utilidad de los estudios de neuroimagen en la evaluación de los pacientes con cefalea no aguda. *Neurología* 2002;17(9):449-93.