

El adulto mayor con cefalea en urgencias

Ancient patient with headache in emergency department

Stephania Bohórquez Valderrama (1), Fidel Ernesto Sobrino Mejía (2)

RESUMEN

Los adultos mayores conforman una población con características especiales que constituyen un reto tanto diagnóstico como terapéutico en el abordaje de las cefaleas. Si bien las cefaleas primarias son las que se presentan con mayor frecuencia en este grupo poblacional, alcanzando hasta un 66%, también es necesario conocer acerca de las principales cefaleas secundarias que se pueden presentar y sobre todo las que representan algún riesgo o ponen en peligro la vida del paciente. Por esto, hicimos una revisión de la literatura disponible acerca del tema, con el fin de ofrecer una guía actualizada y de fácil acceso para todos. El texto inicia con un caso clínico diseñado por los autores, con su respectiva discusión, se presentan algunos datos epidemiológicos y luego se describen las cefaleas primarias y secundarias, así como las neuralgias más frecuentes en los adultos mayores. Finalmente, se mencionan algunas cefaleas no tan frecuentes pero que deben ser consideradas, además de algunos aspectos terapéuticos al respecto.

PALABRAS CLAVE: adulto mayor; cefalea (DeCS).

SUMMARY

Elderly correspond to a population with special characteristics, which becomes them in a diagnostic and therapeutic challenge, in the approach to headaches. If it is true, the primary headaches are those that present more frequently in this group, reaching up to 66%; however, within the approach, it is also necessary to know about the main secondary headaches that can occur and especially what represents a risk or endangers the patient's life. This is why we made a review of available literature about this issue, in order to offer an updated and easily accessible guide for all. The chapter begin with a clinical case designed by the authors with the respective discussion, we present some epidemiological data, furthermore a description of the most frequent primary, secondary headaches and neuralgias in older adults; finally we mention some headaches not so frequent but that must be considered and therapeutic aspects.

KEYWORDS: aged; headache (MeSH).

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la cefalea disminuye con la edad. Sin embargo, aquella que supera los dos ataques por mes en frecuencia se ha encontrado hasta en el 17% de la población mayor de 60 años. Por otra parte, en un estudio de cohortes se encontró que un 3,9% presenta dolor diario. Por esto, se considera importante hacer una revisión acerca de esta patología tan frecuente y que implica algunas consideraciones especiales en este grupo poblacional, no solo con respecto a su presentación clínica, sino también en lo referente a las

opciones terapéuticas disponibles, teniendo en cuenta las múltiples comorbilidades que pueden estar presentes (1).

Presentación del caso

Hombre de 62 años remitido por médico familiar al servicio de neurología por cefalea de reciente inicio. El paciente consulta por cefalea de un mes de evolución, de localización biparietal pero con predominio izquierdo, de inicio progresivo pero con intensidad leve a moderada.

(1) Neuróloga, Universidad de La Sabana, Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy (USSOK)

(2) Neurólogo, Universidad Javeriana, jefe de Neurología, Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy (USSOK)

No hay síntomas asociados, como náuseas, ni sensibilidad a la luz o al sonido. Además, refiere algo de dolor en la mandíbula cuando come, siente que ha perdido peso en los últimos meses y últimamente ha estado en controles con medicina interna por aumento del dolor articular en caderas y rodillas. Tiene antecedente de cefalea en la juventud, pero con características clínicas diferentes al cuadro actual. Hace algunos años fue diagnosticado con hipertensión arterial sistémica e hipotiroidismo, es usuario de CPAP por síndrome de apnea hipopnea del sueño moderada, con lo cual ha sentido mejoría. El resto de los antecedentes son negativos. En la exploración neurológica llama la atención atrofia de ambos temporales y algo de hiperestesia en la misma distribución, el resto es normal.

Es claro que el paciente tiene varios signos y síntomas de alarma que deben hacer pensar en que se inicien estudios con el fin de descartar causas secundarias. Es un paciente de más de 50 años, con una cefalea de inicio reciente y que se acompaña de síntomas sistémicos. Llama la atención los hallazgos en la exploración. Por lo tanto, se ingresa el paciente y se ordena la realización de una tomografía de cráneo que resulta normal. Teniendo en cuenta la edad del paciente, las características del dolor, los síntomas acompañantes de pérdida de peso, dolor mandibular, atrofia e hipersensibilidad en región temporal, el diagnóstico diferencial como primera posibilidad se considera una arteritis de células gigantes. Se solicita VSG (velocidad de sedimen-

tación globular) que se reporta en rango de 60 mm/h. Se inicia de inmediato el tratamiento con esteroide, con lo cual el paciente empieza a mejorar.

DISCUSIÓN

Datos epidemiológicos

La cefalea corresponde al décimo síntoma más común en mujeres mayores y el número 14 en hombres, su diagnóstico y tratamiento puede llegar a ser un reto diario (2). La mayoría de las cefaleas en la edad adulta corresponde a cefaleas primarias, hasta en un 66%, pero en mayores de 65 años las etiologías secundarias se diagnostican con mayor frecuencia, lo que incrementa el riesgo hasta en 1,6% después de esta edad, e incluso corresponde al 15% de todas las cefaleas de reciente inicio en estos pacientes (1).

Diagnóstico

Dentro de la aproximación a las cefaleas, más en el escenario de una cefalea de reciente inicio, se deberá descartar primero una cefalea secundaria, teniendo en cuenta cada uno de los signos de alarma que guiarán la solicitud de exámenes complementarios. De hecho, todo paciente mayor de 50 años constituye una bandera roja que obligará a buscar diagnósticos diferenciales antes de llegar al diagnóstico de una cefalea primaria (figura 1).

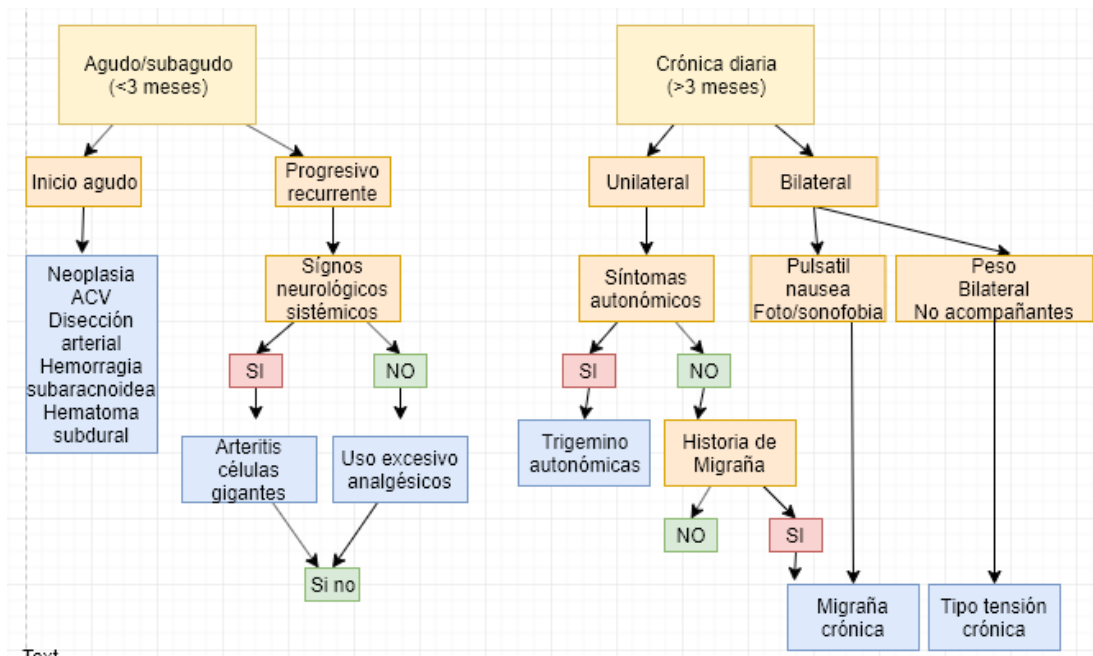


Figura 1. Algoritmo diagnóstico
Fuente: adaptado de (2).

Cefaleas primarias

Se presentan regularmente en esta población, pero con menor frecuencia que en la población joven, con una prevalencia reportada de 52-81%. Cabe anotar que la población mayor va en aumento, lo que resulta en un incremento correspondiente en el número absoluto de los pacientes con cefalea (3). Las cefaleas primarias que se reportan en adultos mayores son la migraña, la cefalea tipo tensión, la cefalea tipo clúster y la cefalea crónica diaria. Sin embargo, la presentación clínica usual puede cambiar (4).

Migraña

La frecuencia disminuye e incluso los ataques pueden cesar entre los 50 y los 60 años (3), aunque cerca de un tercio de los pacientes continúa con ataques recurrentes (2). La prevalencia en adultos mayores se sitúa entre el 3 y el 10% y, según el estudio AMPP (American Migraine Prevalence and Prevention), la prevalencia en un año en individuos mayores de 60 años fue de 6,4% en mujeres y 2,1% en hombres (3).

Sus características clínicas son diferentes de las que se presentan en jóvenes; Fisher (3) las denomina “acompañantes de la migraña tardía”. Así, el dolor no siempre es unilateral y los síntomas acompañantes como náusea y fotofobia no son tan comunes (4). Los ataques pueden disminuir en intensidad, el dolor puede desaparecer, pero los síntomas de aura es posible que persistan en aquellos pacientes con antecedente de migraña con aura. También puede presentarse la cronificación del dolor con o sin uso excesivo de analgésicos; el predominio horario del dolor en más del 60% de los pacientes es en la noche o en las primeras horas de la mañana (3).

Tipo tensión

La prevalencia aproximada es del 25% en personas entre los 60 y los 65 años (3), lo que la convierte en la cefalea de mayor prevalencia en esta población, y afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres (4). Es una condición que persiste en el tiempo. Un estudio hizo un seguimiento a trece años y evidenció que el 27% de los pacientes persistía con el dolor (3). La mayoría de los adultos mayores con este tipo de cefalea inició con los síntomas en la juventud o en la adultez temprana, en tanto que solo un 10% debutó después de los 50 años (2).

Se han descrito tres subtipos clínicos: forma episódica (< 1 día/mes), forma episódica de alta frecuencia (entre 1-14 días/mes) y forma crónica (> 15 días/mes). Las características clínicas en los mayores son similares a las que se presentan en otros grupos de edad (3) y, aunque el tratamiento son los antidepresivos tricíclicos, estos deben

usarse con precaución en esta población, debido a sus efectos adversos.

Cefalea cervicogénica

En diversas ocasiones se confunde con la cefalea tipo tensión, pero se refiere como un dolor desde la región cervical que se irradia hacia la región facial y la cabeza. Debe haber evidencia del factor desencadenante en estructuras cervicales óseas o tejidos blandos, lo que se produce con la edad por los cambios degenerativos. Suele empeorar con el movimiento (2).

Clúster

La cefalea tipo clúster de reciente inicio se ha reportado hasta en el 10% de los pacientes mayores de 60 años (4). El diagnóstico debe ser evaluado minuciosamente en adultos mayores ya que la media de edad para el inicio de los síntomas son los 28 años. Los ataques siguen teniendo las mismas características, son de intensidad severa, unilaterales, de localización en región periorbital o temporal, con una duración entre quince minutos y tres horas, asociados a síntomas autonómicos (2).

Cefalea crónica diaria

Tiene una prevalencia de entre 2 y 4% en estudios poblacionales (4), siendo mayor en mujeres (6%) que en hombres (2,5%) (3). Los fenotipos identificados con mayor frecuencia hacen referencia a la cefalea tipo tensión crónica y migraña crónica, esta última considerada la causante de más discapacidad (4).

Cefaleas secundarias

El diagnóstico diferencial incluye infecciones del sistema nervioso central (SNC), neoplasias, alteraciones en la presión del Líquido Cefalorraquídeo (LCR) vasculitis del SNC, incluyendo especialmente la arteritis de células gigantes, enfermedad cerebrovascular y síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAHOS) (4). En un estudio italiano, en el 15,3% de los pacientes que consultaban por una cefalea de reciente inicio luego de los 64 años, correspondía o era síntoma de alguna otra condición (5).

Arteritis de células gigantes

Es una enfermedad inflamatoria granulomatosa sistémica que afecta a las arterias de tamaño mediano y grande; la cefalea es su síntoma más común. Debe considerarse en todo paciente mayor de 50 años con cefalea de reciente inicio o con cambio en el patrón de una cefalea previa (2).

La media de edad de inicio de los síntomas son los 70 años y según reportes es hasta cuatro veces más prevalente en mujeres que en hombres. Tiene un patrón de presentación inespecífico puesto que hasta el 25% puede ser de localización extratemporal, puede acompañarse por hipersensibilidad de cuero cabelludo en región occipital o temporal e incluso con cervicalgia o dolor mandibular. Sin embargo, más del 50% tiene síntomas sistémicos como malestar general, pérdida de peso, anorexia y fatiga, además de características patognomónicas como la claudicación mandibular y la polimialgia reumática (2).

Cefalea por uso excesivo de analgésicos

Es común en adultos mayores ya que más de un tercio de ellos están polimedicados y además presentan otras comorbilidades con dolor asociado. En esta población el uso excesivo incluye con mayor frecuencia analgésicos simples y opioides y menos los triptanes. De ser diagnosticada se iniciará el proceso de retiro y transición, y si aún no cumple criterios se deben iniciar las medidas preventivas (2). El tratamiento es similar al propuesto para la población joven, basado en la educación al paciente (3).

Neuralgia trigeminal

Es la neuralgia más común en los adultos mayores, con una media de inicio de los síntomas a los 50 años y una etiología que varía con la edad. Si se presenta alrededor de la quinta década de la vida, las causas estructurales más frecuentes son neoplasia, enfermedad desmielinizante u otras lesiones estructurales, pero en pacientes mayores lo más común es la neuralgia clásica por compresión vascular de la raíz nerviosa (2).

Aura típica sin cefalea

Con los años, las características de presentación de las cefaleas van cambiando. Así, en los pacientes con antecedente de cefalea con un patrón de migraña pueden llegar a disminuir los días de cefalea, pero en cambio tener alta frecuencia de auras sin que se presente dolor. Un estudio describió que el 16% de los pacientes mayores de 55 años en unidades de cefalea reportaba únicamente escotomas centellantes (6).

Deben excluirse simuladores de aura tales como ataque isquémico transitorio, ataque cerebrovascular (ACV) y crisis epiléptica, razón por la cual la aproximación diagnóstica en pacientes que presenten un cuadro de reciente inicio con estas características debe incluir siempre neuroimagen y estudio carotideo, holter, ecocardiograma, perfil de estados de hipercoagulabilidad y electroencefalograma (6).

Cefalea hípica

Es una cefalea que se presenta en esta población con una prevalencia que se calcula entre 0,03 y 0,09%. Las mujeres son más afectadas que los hombres y tiene una media de edad de inicio a los 63 años. Ocurre exclusivamente durante el sueño, suele ser bilateral y cuando se localiza es frontotemporal, de intensidad moderada a severa y con una duración de entre quince minutos y tres horas (6).

Por lo general es una cefalea primaria, pero se han identificado causas secundarias en algunos pacientes tales como SAHOS, hipertensión arterial sistémica nocturna, meningiomas de fosa posterior, hemangioblastoma cerebeloso, ACV pónico y tumores pituitarios. Hay diagnósticos diferenciales que por las características clínicas podrían confundirse, es el caso de cefaleas primarias como la cefalea tipo clúster, la hemicránea paroxística, la migraña y la cefalea tipo tensión (6).

Cefaleas neuralgiformes

Las cefaleas trigeminoautónomas que más afectan a la población de los adultos mayores son la cefalea neuralgiforme, unilateral de corta duración con inyección conjuntival y lagrimeo (SUNCT) y la cefalea neuralgiforme, unilateral de corta duración con síntomas autonómicos (SUNA). El inicio de estas dos se da alrededor de los 50 años, con una prevalencia mayor en hombres (6).

Estas cefaleas se encuentran dentro del grupo de cefaleas primarias y se caracterizan por cursar con ataques de dolor que si bien son de corta duración, tienen una intensidad severa, y están acompañadas por síntomas autonómicos como inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea o edema palpebral (6).

El dolor es tipo picada, localizado la mayoría de las veces en región orbitaria, supraorbitaria o incluso en la región temporal. Se han reconocido tres patrones de presentación: una sola picada de corta duración, un grupo de picadas y en tercer patron el que presenta una agrupación de picadas entre las cuales no hay resolución completa del dolor y con una duración de minutos o conocido como “en diente de sierra” (6).

Pueden desencadenarse por el estímulo cutáneo y por su corta duración pueden confundirse con una neuralgia trigeminal. No obstante, hay características clínicas que permiten establecer diferencias (tabla 1).

Existen algunas características que hacen de estas cefaleas un cuadro atípico, que son las alteraciones en la exploración neurológica y el dolor que no remite o es refractario al tratamiento. Si están presentes, se deben considerar causas secundarias como adenomas pituitarios, lesiones de ángulo

cerebelopontino, meningiomas, angiomas venosos, ACV y lesiones quísticas orbitarias (6).

Cefalea por tos primaria

Se caracteriza por paroxismos cortos de dolor que ocurren cuando el paciente tose o con cualquier otra maniobra de Valsalva y no tiene síntomas asociados. Es de inicio progresivo, rápidamente alcanza su máxima intensidad, pero disminuye entre uno y treinta segundos. En el 40% de los casos se debe a causas secundarias que las más de las veces son lesiones de fosa posterior, como malformaciones de Chiari o hidrocefalia (6).

Uno de los mecanismos propuestos es que luego de una enfermedad respiratoria de las vías respiratorias altas y que haya cursado con tos se puede inducir una sensibilidad temporal de los barorreceptores carotídeos a la presión intratorácica (6).

Tratamientos

Los tratamientos generalmente son los mismos que en la población más joven, con algunas excepciones y teniendo en cuenta siempre la mayor prevalencia de efectos secundarios y comorbilidades propias de este grupo poblacional. Además, deben tenerse en cuenta condiciones como las siguientes:

- Cambios en la farmacocinética y en la farmacodinámica
- Reducción de la masa corporal

- Incremento del porcentaje de grasa corporal
- Alteración en la depuración de creatinina (4).

Algunas medicaciones están contraindicadas o deben ser iniciadas progresivamente y con una titulación cuidadosa: el topiramato puede empeorar cualquier tipo de trastorno cognitivo previo, el ácido valproico puede alterar o empeorar la función hepática, en tanto que los betabloqueadores y el verapamilo pueden alterar la función cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca. Finalmente, la administración de AINE (antiinflamatorios no esteroideos) en adultos mayores aumenta el riesgo de sangrado y de alteración de la función renal (4).

El uso de triptanes en el manejo de crisis agudas de migraña es considerado seguro en la mayoría de los pacientes, excepto para los que tengan historia de enfermedad coronaria e hipertensión no controlada. El riesgo puede ser medido a partir del estudio Framingham, que incluye ciertas variables (edad, género, colesterol total, HDL, cifras de tensión arterial, presencia o ausencia de diabetes mellitus y antecedente de tabaquismo). De esta manera, se pueden estratificar los pacientes en aquellos con un riesgo cardiovascular bajo (< 10%), medio (10-20%) o alto (>20%) (4)

Conflictos de interés

Ninguno para la elaboración de este capítulo.

Tabla 1. Diferencias clínicas SUNCT/SUNA vs. neuralgia trigeminal

SUNCT/SUNA	Neuralgia trigeminal
Presencia de síntomas autonómicos	< 2% síntomas autonómicos
Mayor duración hasta de varios minutos	Segundos-2 minutos
Distribución en el territorio de V1	< 10% territorio V1
Más frecuencia de ataques por día	Menor frecuencia de ataques por día
No periodo refractario	Periodo refractario

Fuente: adaptado de (2).

REFERENCIAS

1. Bravo TP. Headaches of the elderly. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2015; 15(6):30.
2. Sharma TL. Common primary and secondary causes of headache in the elderly. *Headache.* 2018;58(3):479–84 .
3. Oosterhout WPJ Van, Cheung C, Haan J. Primary headache syndromes in the elderly: epidemiology, diagnosis and treatment. *J Clin Transl Res.* 2016;2(2):45–51.
4. Semenov IA. Headache in the elderly. *Dis Mon.* 2015;61(6):249–50.
5. Robbins MS, Lipton RB. Management of headache in the elderly. *Drugs Aging.* 2010;27(5):377–98.
6. Bamford CC, Mays M, Tepper SJ. Unusual headaches in the elderly. *Curr Pain Headache Rep.* 2011;295–301.