

La paciente embarazada con cefalea en urgencias

Pregnant woman with headache in emergency department

Joe Fernando Muñoz Cerón (1), Andrea Osorio (2)

RESUMEN

El diagnóstico del dolor de cabeza en mujeres embarazadas representa un reto en la práctica clínica diaria. Si bien esta condición fisiológica se ha descrito como un factor de riesgo al momento de considerar etiologías secundarias, es adecuado plantear la utilidad de los criterios ICHD 3 como herramienta útil para diferenciar etiologías primarias de no primarias; esto especialmente cuando las banderas rojas tradicionales están ausentes.

PALABRAS CLAVE: migraña; embarazo (DeCS).

SUMMARY

Headache in pregnant women represent a challenge in the daily clinical practice. Even though this physiological condition has been described as a risk factor for secondary etiologies, it is worthwhile to consider the usefulness of the ICHD 3 criteria as a practical tool in order to establish differences between primary vs non primary etiologies, especially when traditional red flags are absent.

KEYWORDS: aged, headache (MeSH).

INTRODUCCIÓN

Si se tiene en cuenta una prevalencia de dolor de cabeza de 86-97% (1) en la población general, junto con una tasa de embarazos de 105,5/1000 (2) en mujeres de 15 a 44 años, no es sorprendente encontrar una incidencia significativa de consultas por cefalea en mujeres embarazadas.

Aunque el embarazo *per se* ha sido considerado una condición de riesgo en el estudio de pacientes con cefalea (3), es pertinente tener en cuenta consideraciones clínicas que permitan individualizar los casos con el objetivo de saber qué pacientes requieren estudios complementarios y en qué casos podemos evitar indicar recursos diagnósticos innecesarios.

Los criterios ICHD 3 (del inglés International Classification and Headache Criteria) (4) representan parte de las herramientas disponibles en este proceso de optimización de recursos. Estos criterios han mostrado utilidad en urgencias generales (5) y cuentan con grados aceptables de concordancia en la aplicación clínica (6,7).

Presentación del caso

Mujer de 28 años con gestación de 18 semanas que ingresa al servicio de urgencias obstétricas con primer episodio de cefalea holocraneana de predominio frontal, pulsátil, asociada a náuseas y sin respuesta a analgésicos orales. No menciona cambios en el patrón de dolor con los cambios de posición, signos trigémico autonómicos, síntomas constitucionales o historia de inmunosupresión.

La exploración física muestra presión arterial dentro de límites normales, examen general sin alteraciones, no papiledema ni hallazgos focales en la valoración neurológica.

Por los datos de la historia clínica se considera diagnóstico de síndrome de dolor craneofacial en el cual no se reúnen criterios para ninguna de las cefaleas primarias, de acuerdo con los criterios ICHD 3. Por lo anterior, la paciente es ingresada a hospitalización con el propósito de realizar estudios complementarios para descartar etiologías no primarias. Se practica estudio de resonancia magnética cerebral

(1) Hospital Universitario Mayor, Universidad del Rosario, Clínica Universitaria Colombia

(2) Hospital Universitario Mayor, Universidad del Rosario, Fundación Cardioinfantil

simple, en la cual se aprecia una imagen intraventricular que sugiere lesión de origen tumoral (figura 1). Por tal razón, la paciente es llevada a cirugía, luego de lo cual presenta un deterioro clínico que pone en evidencia diseminación intraventricular; posteriormente fallece (figura 2).

DISCUSIÓN

Si bien el embarazo se presenta como una condición de alto impacto social, en la mayoría de los casos no conlleva un factor de riesgo al momento de valorar mujeres embarazadas con cefalea en el servicio de urgencias. Aun cuando este caso muestra un ejemplo de etiologías secundarias del alto riesgo, es pertinente mencionar que en un estudio descriptivo que incluyó etiologías primarias, secundarias y neuralgias las causas sin riesgo representaron el 89% de los casos en los servicios de urgencias (8). Este estudio coincide con lo reportado en descripciones similares (9) en las cuales las cefaleas primarias son las más frecuentes, y dentro de este subgrupo la migraña representa la principal razón de consulta por dolor de cabeza en embarazadas (8).

Con respecto a los factores de riesgo útiles para diferenciar el origen primario del no primario, se ha identificado el aumento de cifras de tensión arterial junto con la ausencia de historia de dolor de cabeza (OR 17,0, IC 95% 4.6-29.4 y OR 4,9, IC 95% 1,7-14,5 (8)), ambos ausentes en este caso.

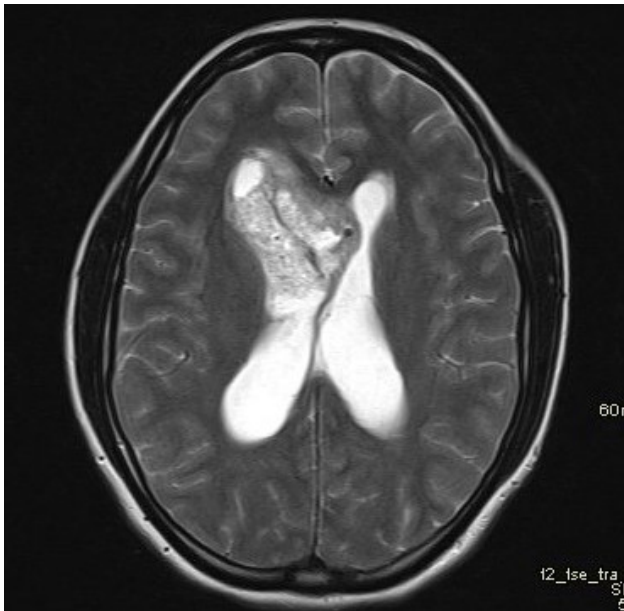


Figura 1. IRM cerebral T2, masa intraventricular anterior derecha que sugiere como diagnósticos diferenciales neurocitoma central o subependimoma con moderada herniación subfalcina izquierda e hidrocefalia no comunicante secundaria con incipientes signos de actividad
Fuente: reserva de imágenes radiología Hospital Mederi, Bogotá, Colombia.

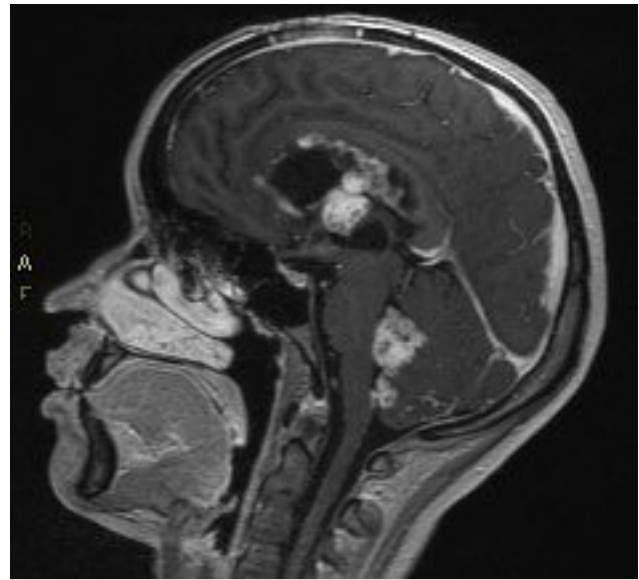


Figura 2. IRM T1 contrastada: cambios postquirúrgicos de resección de tumor intraventricular derecho de probable origen germinal, con extensa diseminación por líquido cefalorraquídeo y carcinomatosis leptomenígea secundaria, hemosiderosis superficial secundaria
Fuente: reserva de imágenes radiología Hospital Mederi, Bogotá, Colombia.

Aunque la presencia de banderas rojas tradicionales como fiebre, examen físico anormal, hipertensión arterial o inicio súbito pueden presentarse como alternativas de utilidad para diferenciar tipos de cefalea, el reto clínico se hace complejo cuando estos factores no están presentes. De esta manera, se incrementa la necesidad de contar con herramientas de utilidad para establecer probabilidades diferenciales en la búsqueda de cefaleas primarias vs. no primarias.

En este tipo de circunstancias cobra relevancia el uso de los criterios ICHD 3 como elemento práctico para diferenciar el origen primario del no primario. De conformidad con esta premisa de análisis, se ha demostrado que la presencia de criterios diagnósticos para dolor de cabeza de etiología primaria, migraña y cefalea tipo tensión se muestra como factor predictor que genera confiabilidad para el establecimiento de estos diagnósticos, criterios probables OR 12,5, IC 95% 3,5-50,8, criterios definitivos OR 23,5 IC 95% 12,5-34,5 (8). Los anteriores conceptos permiten dejar como mensaje en este caso clínico que el factor de riesgo está representado por la no reunión de criterios diagnósticos y no por el estado gestacional.

Conflictos de interés

Ninguno para la elaboración de este capítulo.

REFERENCIAS

1. Allena M, Steiner TJ, Sances G, Carugno B, Balsamo F, Nappi G, et al. Impact of headache disorders in Italy and the public-health and policy implications : a population-based study within the Eurolight Project. *J Headache Pain*. 2015;16:100.
2. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Mathews TJ. Births: final data for 2015. *Natl Vital Stat Rep*. 2017;66(1):1.
3. Phu Do T, Remmers A, Schitz HW, Schankin C, Nelson SE, Obermann E, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. *Neurology*. 2019;92(3):134–44.
4. Olesen J. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2013;33:629–808.
5. Muñoz-Cerón J, Marín-Careaga V, Peña L, Mutis J, Ortiz G. Headache at the emergency room: Etiologies, diagnostic usefulness of the ICHD 3 criteria, red and green flags. *PLoS ONE*. 2019;14(1):1–8.
6. Muñoz Ceron JF, González Guarnizo AP, de la Rosa MV, Quintero Almenarez RA, Bustos JL. [Interobserver reliability among neurology resident physicians in the diagnosis of primary headaches according to the 2004]. *Neurologia*. 2008;23:415–8.
7. Granella F, D’Alessandro R, Manzoni GC, Cerbo R, Colucci D’Amato C, Pini LA, et al. International Headache Society classification: interobserver reliability in the diagnosis of primary headaches. *Cephalalgia*. 1994;14:16–20.
8. Muñoz-Cerón JF, Osorio A, Vega E. Headache in pregnant women at the emergency service: etiologies, red and green flags. Doddick D. *International Headache Congress*. Vancouver CA. 2017. *Cephalalgia* 2017;1:186–7.
9. Robbins MS, Farmakidis C, Dayal AK, Lipton RB. Acute headache diagnosis in pregnant women. A hospital-based study. *Neurology*. 2015;85:1024–30.