

# Caso clínico

KRANION 2005;5:31-2

## Cefalea trigémino-vascular estrictamente unilateral provocada por hemodiálisis

O. FABRE P<sup>1</sup> Y D. EZPELETA<sup>2</sup>

### Caso clínico

Se trata de una mujer de 59 años con los siguientes antecedentes patológicos: poliquistosis renal; hiperuricemia; migraña menstrual sin aura, de localización bilateral, que desapareció espontáneamente tras la menopausia; crisis epilépticas aisladas 15 años antes en forma de episodios nocturnos de calor en el pecho, cara y lado izquierdo del cuerpo, seguidos de crisis convulsiva; y miopía intervenida. Dos de sus tres hijos y un nieto también sufren poliquistosis renal. A finales de 2000 comenzó a recibir sesiones periódicas de hemodiálisis, tres días a la semana. Su tratamiento farmacológico habitual era: alopurinol 300 mg, medio comprimido al día; carbonato cálcico 1.500 mg, 3 veces al día; trimetazidina 20 mg, 3 veces al día; cloruro de cianinósidos 400 mg, dos comprimidos cada 12 horas; y doxazosina 4 mg, una vez al día.

Desde las primeras sesiones de hemodiálisis, en la mayoría de las ocasiones sufría una intensa y estereotipada cefalea. A los 90-120 minutos de comenzar cada sesión, desarrollaba un dolor de rápida instauración, de localización retrocervical izquierda que, posteriormente, se hacía hemicraneal izquierdo y llegaba hasta la zona ocular del mismo lado. El dolor era muy intenso, aumentaba mucho al mover la cabeza y no se acompañaba de náuseas, vómitos, rinorrea ni lagrimeo. Algu-

nas veces apreció, durante estos episodios, enrojecimiento del ojo ipsolateral al dolor. El dolor persistía durante toda la sesión y desaparecía a los 15 minutos de finalizar el procedimiento. Hasta la siguiente sesión permanecía asintomática y nunca tuvo episodios similares fuera de la hemodiálisis. Alguna vez, tras tomar Tonopán® al comienzo del dolor, notó alivio.

La exploración neurológica fue normal. Una RM cerebral sólo mostró una pequeña imagen puntiforme subcortical frontal parasagital izquierda que se relacionó con una lesión isquémica. El estudio angioRM reveló una correcta permeabilidad de ambas bifurcaciones carotídeas, carótidas internas cervicales y arterias cerebrales medias y anteriores, con unas arterias vertebrales moderadamente ectásicas y elongadas en sus segmentos intracraneales y un tronco basilar de escaso calibre. La analítica general fue anodina.

Como la aparición del dolor era totalmente previsible, se decidió usar triptanes de manera preventiva. Se comenzó con 10 mg de rizatriptán administrados justo antes del comienzo de la diálisis. La respuesta clínica fue buena, consiguiéndose que el dolor no se presentase. Sin embargo, la paciente aquejó una molesta sensación de malestar y decaimiento que se relacionó con este triptán, así que se decidió cambiar a almotriptán, un triptán que en los ensayos clínicos ha demostrado

<sup>1</sup>Servicio de Neurología  
Hospital Mútua de Terrassa  
Terrassa (Barcelona)

<sup>2</sup>Sección de Neurología  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Reina Sofía  
Tudela (Navarra)

### Dirección para correspondencia:

David Ezpeleta  
Sección de Neurología. Servicio de Medicina Interna  
Hospital Reina Sofía  
Carretera Tudela-Tarazona, km 4  
31500 Tudela (Navarra)  
E-mail: dezpeleta@infodoctor.org

una muy buena relación entre eficacia y tolerabilidad. Con 12,5 mg de almotriptán se consiguió impedir la aparición de los episodios dolorosos sin que la paciente refiriese ningún efecto secundario. Entonces, se decidió bajar la dosis de almotriptán a 6,25 mg, obteniéndose la misma eficacia. Estuvo tratándose preventivamente con 6,25 mg de almotriptán durante un año, siempre antes de cada sesión de diálisis, pero al cabo de este período el fármaco comenzó a perder su eficacia y los episodios de cefalea unilateral izquierda volvieron a aparecer. Entonces se le trató, también de manera preventiva, con 2,5 mg de naratriptán, pero no hubo éxito. El tratamiento preventivo habitual de la migraña con verapamilo y después con nadolol fue igualmente ineficaz. Se obtuvo una mejoría parcial con la administración e.v. de diclofenaco sódico durante la hemodiálisis. Tras ser trasplantada, la cefalea desapareció.

## Discusión

La paciente fue diagnosticada de una cefalea secundaria trigémino-vascular estrictamente unilateral provocada por hemodiálisis. Con la nueva clasificación de las cefaleas de la IHS de 2004 en la mano, esta cefalea puede ser clasificada dentro del código 10.2 (cefalea por diálisis)<sup>1</sup>. Sin embargo, la unilateralidad estricta, la exclusión razonable de otras causas de cefalea secundaria y la respuesta a los triptanes usados como fármacos preventivos hacen que la catalogación de este caso dentro del código 10.2 sea demasiado simple. Más bien, parece una cefalea primaria latente, tal vez la migraña que sufrió en su juventud, desencadenada tardía y exquisitamente por la diálisis.

Los mecanismos fisiopatológicos implicados en esta peculiar cefalea pudieron ser: variaciones de la presión intracraneal por la disminución brusca del contenido hídrico en el espacio extracelular, cambios en la osmolaridad intra-extracelular y variación en la concentración intra-extracelular de solutos, entre otros, factores que, actuando en conjunción sobre un cerebro basalmente hiperexcitable, fueron capaces de alterar aún más el umbral de activación del sistema trigémino-vascular y producir las crisis de cefalea.

Otro aspecto a considerar en este caso es el tratamiento médico utilizado. La respuesta inicial a varios triptanes fue completa, aunque se pudo comprobar una pérdida de eficacia con el tiempo. En la prescripción de uno u otro triptán no se tuvo en cuenta el grado de eliminación por orina de los fármacos originales o sus metabolitos activos, pues sólo se administraron inmediatamente antes de la diálisis y entendemos que probablemente fueron dializados. Sin embargo, esta consideración sí debe

**Tabla 1. Criterios diagnósticos IHS de cefalea por diálisis**

- |  |
|--|
| A. Al menos 3 ataques de cefalea aguda que cumplan los criterios C y D.  |
| B. El paciente debe estar en hemodiálisis.   |
| C. La cefalea se desarrolla, al menos, en la mitad de las sesiones de hemodiálisis.  |
| D. La cefalea desaparece en las 72 horas siguientes a cada sesión de hemodiálisis y/o desaparece tras un trasplante con éxito. |

tenerse en cuenta a la hora de utilizar triptanes de la forma habitual en pacientes con insuficiencia renal crónica grave. El uso de ergotamina en nuestro caso estaba claramente contraindicado, pues a los potenciales efectos de su uso frecuente se une el aumento del riesgo de fenómenos trombóticos, ya de por sí aumentado en los pacientes con insuficiencia renal y diálisis.

Casi toda la literatura sobre la relación entre cefalea y diálisis se ha publicado en los últimos tres años<sup>2-4</sup>. No hemos encontrado ningún caso publicado similar al nuestro. Un estudio realizado en 123 pacientes tratados con hemodiálisis<sup>2</sup> comunicó que el 70,7% de los pacientes tenía historia de cefalea previa (48% migraña, 19% cefalea de tensión y 8% ambas) y que el 57,5% sufría cefalea durante las sesiones de hemodiálisis (34 pacientes cumplían criterios de cefalea por diálisis, 7 de migraña, 7 de cefalea de tensión episódica y 2 no se pudieron clasificar). Los autores de este trabajo afirman que la correcta catalogación de las cefaleas que pueden aparecer durante la diálisis según la nueva clasificación de la IHS<sup>1</sup> es complicada, problema que también ha existido en el caso aquí presentado. Sin duda, esto es reflejo de la insuficiencia de los actuales criterios de cefalea por diálisis de la IHS (Tabla 1), problema que seguramente se resolverá en el futuro<sup>3</sup>. Otro reciente estudio realizado en 63 pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis<sup>4</sup> ha comunicado una frecuencia de cefalea durante la diálisis del 48% (30 casos). Se encontró una relación entre la incidencia de cefalea y las diferencias de concentración de urea y de cifras de tensión arterial sistólica y diastólica pre y posdiálisis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):1-160.
2. Antoniazzi AL, Bigal ME, Bordini CA, Tepper SJ, Speciali JG. Headache and hemodialysis: a prospective study. Headache 2003;43:99-102.
3. Antoniazzi AL, Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Headache associated with dialysis: The International Headache Society criteria revisited. Cephalalgia 2003;23:146-9.
4. Goksan B, Karaali-Savrun F, Ertan S, Savrun M. Haemodialysis-related