

Comentarios a la Bibliografía Internacional

KRANION 2005;5:33-5

Apnea del sueño y cefalea crónica

Sleep apnoea and chronic headache

Sand T, Hagen K, Schrader H
Cephalalgia
2003;23:90-5

Existe controversia acerca de la relación entre cefalea, pacientes roncadores y el síndrome de apnea del sueño (SAOS). Aproximadamente 1 de cada 5 sujetos de la población es roncador habitual, aunque el SAOS afecta únicamente al 1-4% de los adultos. Según algunos estudios, la cefalea es más frecuente en los roncadores que en la población general, pero esta relación no siempre se ha confirmado. Tampoco está clara la relación entre la gravedad del SAOS y la cefalea.

Los autores de este trabajo recogieron los datos de pacientes que, entre 1995 y 1998, fueron sometidos a polisomnografía (PSG) ambulatoria por sospecha de SAOS en el Laboratorio de Sueño del Hospital Universitario de Trondheim (Noruega). Se realizó polisomnografía a 421 pacientes (92 mujeres y 329 hombres), de los que 324 (77%) respondieron a un cuestionario sobre cefalea (valorando su momento de aparición y su frecuencia mensual) y dolor. Se analizó el número y tipo de apneas, así como el índice de desaturación de oxígeno en sangre. Se utilizaron como controles a los participantes en el *Nord-Trondelag Health Survey* (HUNT), una encuesta realizada entre 1995 y 1997 a 41.340 sujetos de la población general, con edades similares a los casos del presente estudio, que también respondieron a un cuestionario sobre cefalea y sus características.

La prevalencia de cefalea fue mayor en el grupo sometido a PSG por sospecha de SAOS que en la población general (57 vs 30% en hombres y 76 vs 47% en mujeres).

Esta asociación se produjo sólo cuando la frecuencia de cefalea era igual o superior a 7 días al mes. La cefalea crónica (15 o más días al mes con cefalea) fue 7 veces más frecuente en el grupo de pacientes con

sospecha clínica de SAOS, confirmado o no posteriormente, que en la población general. No se encontró relación entre la cefalea y la gravedad de las apneas y la desaturación de oxígeno. Asimismo, no se hizo patente ninguna diferencia en la prevalencia de dolor en otras partes del cuerpo en los grupos seleccionados.

Una posible explicación para la alta tasa de cefaleas en el SAOS podría ser la alteración de la actividad muscular en la parte superior del cuerpo, como consecuencia del aumento de la resistencia aérea en las vías respiratorias superiores por un mayor esfuerzo inspiratorio.

Asimismo, se postula como hipótesis complementaria el hecho de que el aumento de la actividad de los músculos en la vía aérea superior para prevenir el colapso estaría relacionado con una presión negativa intratorácica que reduciría la presión venosa intracranal y el volumen del líquido cefalorraquídeo. Otros mecanismos propuestos serían los *arousals* frecuentes durante el sueño del paciente SAOS, que provocarían cefalea por aumento de la fatiga y somnolencia diurnas.

Otros autores han sugerido la hipoxia y la consecuente vasodilatación cerebral como probable etiología de la cefalea. Los datos de este estudio no apoyan esta hipótesis, dado que no se encontró relación entre la cefalea, la gravedad de las apneas y la desaturación de oxígeno en sangre.

El hallazgo principal en este estudio ha sido la fuerte asociación entre cefalea crónica y pacientes con diagnóstico clínico de SAOS.

Comentario: E. VILLAMOR BALIARDA
MÉDICO DE FAMILIA. CAP FLORIDA NORTE
L'HOSPITALET, BARCELONA

ARTÍCULO CLÁSICO DE REFERENCIA

Cefalea punzante

Icepick-like pain

Rashim NH, Schwartz RK
Neurology
1980;30(2):203-5

En 1980, Raskin y Schwartz¹ publican un trabajo en el que adoptan este curioso término para definir el perfil clínico de un tipo de cefalea breve e intensa de comienzo y final brusco que parecía ser más prevalente en pacientes con migraña. Para validar o refutar esta hipótesis, estudian las características clínicas y epidemiológicas de esta cefalea en 100 pacientes migrañosos y las comparan con las de 100 sujetos normales seleccionados al azar.

En el grupo control, tres pacientes referían al menos un episodio al año de dolor intenso. En uno de ellos, el dolor aparecía tras ejercicio físico intenso.

En el grupo de los migrañosos, 42 de los 100 pacientes sufrían episodios de dolor agudo muy breve e intenso, utilizando a menudo el nombre de *icepick-like* (como si fuese el pinchazo de un punzón de hielo o de un clavo). En 1992, Molins y Dávalos² utilizan el término de «cefalea punzante» para traducir la idea de forma precisa, pero liberándola del componente violento que el término *icepick* tiene, y que aumentó aún más con la película «Instinto básico».

La localización más frecuente del dolor era la sien, seguida de la órbita ocular, y sólo ocasionalmente las regiones parietal u occipital. Aunque el dolor era unilateral, casi la mitad de los pacientes percibían un dolor en el área simétrica del hemicráneo contralateral (*locus specular*). En los pacientes que sufrían dolor unifocal, las localizaciones más frecuentes fueron la occipital y la parietal. En la mayoría de los pacientes con dolor en dos sitios, la localización era casi siempre en el mismo lado.

Aparecía en episodios aislados, pero hay casos en que las descargas de dolor eran repetitivas.

La mayoría de los pacientes consideraba el dolor muy intenso, aunque de breve duración. En algunos casos, el dolor se asociaba a síncope de características vasovagales.

Siete pacientes lograron identificar factores precipitantes del dolor. En 5 de ellos eran los cambios posturales

rápidos, en tres el ejercicio físico, en uno el paso de un área oscura a otra iluminada, y en otro el movimiento de la cabeza durante un ataque de migraña. Sin embargo, en la mayoría, la aparición era aparentemente espontánea.

Veintinueve de los 42 pacientes con cefalea punzante (69%) sufrían este tipo de dolor, al mismo tiempo que tenían una crisis de cefalea. Catorce de ellos, de forma constante en cada crisis de migraña, y en los restantes, la asociación era esporádica. En 7 pacientes, la cefalea punzante anuncia el comienzo de la crisis de migraña, y en un paciente seguía a la crisis de jaqueca. Algunos pacientes percibían escotomas centelleantes, parestesias faciales o acroparestesias.

COMENTARIO

En el capítulo introductorio sobre dolor de la octava edición del *Harrison's Principles of Internal Medicine*, Raymond D. Adams describió un curioso tipo de cefalea caracterizada por un dolor lancinante en la sien o en otras áreas de la cabeza, de aparición brusca y duración breve y que los pacientes comparan al pinchazo de un punzón de picar hielo (*icepick*), de una aguja o de un clavo³.

En este trabajo, Raskin y Schwartz² hacen hincapié en sus diferencias con la neuralgia del trigémino. Para ellos, la asociación con la migraña estaba fuera de toda duda y citan un tipo similar de cefalea, descrita por Ekbom⁴, que se asocia a las crisis de dolor en la cefalea en racimos. Ocasionalmente, recuerdan que la cefalea de la arteritis de células gigantes puede producir una clínica parecida.

En un trabajo ulterior, Raskin⁵ admite la posibilidad de que Lansche⁶ hubiese descrito en 1964 el mismo síndrome bajo el nombre de «oftalmodinia periódica», y hacen referencia a su buena respuesta a la indometacina.

La IHS le asignó el nombre de *idiopathic stabbing headache*, entre otros nombres (*icepick-like pains, jabs and jolts* y oftalmodinia), y cuatro criterios diagnósticos:

1. Dolor confinado a la cabeza y exclusiva o predominantemente referido al territorio de la primera rama del trigémino (órbita, sien, área parietal).
2. Dolor punzante, que dura una fracción de segundo y se produce en punzadas aisladas o en series.
3. Recurre a intervalos irregulares (horas o días).
4. El diagnóstico se basa en la exclusión de lesiones estructurales en la zona dolorida y en la distribución del nervio craneal afectado.

Molins y Dávalos² estudian en detalle dos casos típicos y aportan el término de «cefalea punzante». Su trabajo tiene además el mérito de confirmar el espectacular efecto de la indometacina, que produjo el cese inmediato de las crisis con tan sólo 25 mg/día en el primer caso y en 24 horas el segundo, aunque con dosis algo mayores (75 mg).

En 1996, Pareja, et al.⁷ revisan 38 casos diagnosticados durante un año donde encuentran una edad media de comienzo de 47 años y un gran predominio de mujeres sobre hombres (6:1). La frecuencia de crisis es muy variable con pacientes que sólo sufren una crisis al año hasta otros con 50 crisis diarias. La respuesta a la indometacina fue buena en 17 de los pacientes tratados.

En cuanto a la frecuencia de crisis, es de señalar la descripción de un caso de estatus de cefalea punzan-

te que, quizá significativamente, tenía una localización extratrigeminal⁷.

Más recientemente, Raskin⁸ utiliza el término *short-lived head pains* para describir las cefaleas cuyas crisis duran menos de una hora y, en general, minutos o segundos. Incluye en este grupo la cefalea punzante, la cefalea hípnica, la hemicrania crónica paroxística, la cefalea tusígena, la cefalea coital, y la cefalea *thunderclap*. Y añade que curiosa e inexplicablemente muchos de estos síndromes paroxísticos responden a la profilaxis con indometacina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raskin NH, Schwartz RK. Icepick-like pain. Neurology 1980;30:203-5.
2. Molins A, Dávalos A. Cefalea punzante idiopática. Med Clin (Barc) 1992;98:300-2.
3. Adams RD. Pain. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. Thorn GW, Adams RD, Braunwald E, et al. (eds). Octava Edición, Nueva York, McGraw-Hill Co. 1977;17.
4. Ekbom K. Some observations on pain in cluster headache. Headache 1975;14:219-25.
5. Raskin N. Ice-Pick Headache. En: Headache. Segunda Edición. Churcill Livingstone. Nueva York. 1988;76.
6. Lansche RK. Ophthalmodynia periodica. Headache 1964;4:247-9.
7. Pareja JA, Ruiz J, Deisla C, Alsabbah H, Espejo J. Idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). Cephalgia 1996;16:93-6.
8. Martins IP, Parreira E, Costa I. Extratrigeminal ice-pick status. Headache 1995;35:107-10.
9. Raskin NH. Short-lived head pains. Neurologic Clinics 1997;15:143-52.

Comentario: SUSANA MEDERER
COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA