

Revisión

KRANION 2005;5:49-54

Cefalea en ancianos

O. FABRE¹, E. LÓPEZ² Y M. GARCÉS³

RESUMEN

Los ancianos son un grupo poblacional en el que de forma generalizada se ha considerado que la prevalencia de la cefalea es inferior que en la población joven. No obstante, recientes estudios indican que las diferencias son menores de lo pensado. En los pacientes mayores la migraña es menos frecuente, pero puede presentarse. La existencia de cefaleas inducidas por enfermedades concurrentes, el consumo de fármacos para estas enfermedades, así como la existencia de cefaleas características de este grupo hacen su estudio difícil pero particularmente interesante. Se debe prestar especial atención en estos pacientes a las cefaleas secundarias, pues en varios estudios su incidencia es superior a la de la población más joven. El reconocimiento de los distintos tipos de cefaleas permiten realizar tratamientos etiológicos encaminados a la resolución de estas enfermedades.

Palabras clave: Población anciana. Migraña. Cefalea tensional. Cefalea hípnica. Arteritis de células gigantes.

ABSTRACT

Is generally thought that the prevalence of headache in Elderly people are less than young people. However recent studies indicate that the difference are less than that perceived. Migraine patients are less than in other people, althoug it might appear. Headache induced by other illness, the consum of drugs to these illness, and new kind of headache tipical of elderly people, make these group study difficult but really interesting. We do must be careful about elderly people headache because of increase secondary headache in these patients.

Key words: Elderly people. Migraine. Tension type headache. Hypnic headache. Giant cell arteritis.

Servicios de Neurología

¹Hospital Dr. Negrín. Las Palmas

²Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

³Hospital de Tortosa. Tarragona

Dirección para correspondencia:

Oscar Fabre

Servicio de Neurología

Hospital Doctor Negrín

35010 Las Palmas

E-mail: osacr fabrepi@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Describir la cefalea en la población de edad avanzada supone una especial dificultad. En primer lugar, depende de la edad que se tome como referencia. ¿Cuándo se considera a una población como geriátrica? ¿Con la jubilación, a los 75 años, a los 80 o más años? Otra consideración que se debe tener en cuenta es que a medida que aumenta la edad, menos probable es que el paciente padezca una cefalea primaria y más probable es que, tras el síntoma, exista una causa estructural, farmacológica o metabólica. Los ancianos son un grupo de población con gran número de enfermedades concurrentes. El tratamiento farmacológico de estas enfermedades puede ser la causa de muchas cefaleas en este grupo de edad.

En este grupo poblacional los estudios sobre medidas terapéuticas son escasos. En las personas mayores hay que tener precauciones con los fármacos que se usen para el tratamiento de la cefalea, pues su comportamiento farmacocinético y farmacodinámico, así como las interacciones y el perfil de efectos adversos, no son los mismos que en los pacientes jóvenes. Los pacientes mayores, frecuentemente polimedicados, son los más propensos a sufrir cefalea por fármacos y existen muchos fármacos que originan dolor de cabeza.

Este artículo sólo pretende ser un muestrario y recordatorio de las principales cefaleas que pueden afectar al anciano y que el clínico debe tener en cuenta cuando atienda a pacientes mayores que consulten por dolor de cabeza como síntoma principal.

CEFALEAS EN LOS ANCIANOS

En los ancianos, como en cualquier otro grupo de edad, puede diferenciarse entre cefaleas primarias y secundarias. Las principales cefaleas «primarias» son las siguientes:

- Migránea con y sin aura.
- Cefalea tensional episódica y crónica.
- Cefalea crónica diaria con/sin abuso de medicación.
- Cefaleas trigémino-autonómicas.
- Cefalea hípnica.
- Neuralgias (especialmente la neuralgia del trigémino).

Tabla 1. Distribución por edades de la prevalencia de la migraña (estudio NEDICES)

Edad (años)	Migraña
70-74	5
75-79	7
80-84	4
85-89	4
Más de 90	1

Y las principales cefaleas «secundarias» pueden ser estas otras:

- Cefalea cervicogénica.
- Cefalea por arteritis de células gigantes.
- Cefalea e ictus.
- Cefalea por fármacos.

Migraña

Con respecto a la migraña, su prevalencia vital, en un estudio danés con criterios la International Headache Society (IHS) se encuentra en torno al 16% (8% varones y 25% mujeres), la prevalencia anual era de 10% (6% varones y 15% mujeres). En la población estadounidense las cifras son muy similares con una prevalencia anual del 12% del 6% en varones y el 18% en mujeres. Sin embargo la prevalencia de la migraña es variable según edad, siendo entre los 35-45 años donde alcanza su mayor prevalencia vital, en torno al 25% de la población en mujeres y el 8% en varones, frente al 5-6% y 3% en mujeres y hombres respectivamente, mayores de 75 años. Recientemente en nuestro país se ha realizado un estudio epidemiológico de migraña en ancianos (estudio NEDICES), sobre una población de 385 casos, con edad media de 78,6, con prevalencia retrospectiva de 5,5% del 9,6% en mujeres y del 1,2% en varones (prevalencia baja que los autores del estudio atribuyen a posible sesgo de olvido), donde la mayoría eran mujeres con inicio de migraña antes de los 50 años (Tabla 1).

Cefalea tensional

La cefalea tensional episódica es la cefalea primaria más frecuente en la población general, y lo es tam-

Tabla 2. Características de la cefalea por abuso de medicación (ICHD-II de la IHS)

- Cefalea > 15 días/mes
- Empleo, durante al menos 10 días/mes a lo largo de 3 meses de ergotamina, triptanes, opioides o combinaciones de fármacos
- Empleo de analgésicos > 15 días/mes a lo largo de 3 meses

bién en la población mayor de 75 años. Su prevalencia en este grupo poblacional no difiere de la calculada para otras edades. En un estudio danés la prevalencia vital alcanza en varones el 69% y en mujeres el 88%. Su prevalencia anual se calcula en torno al 28-60% en varones y 34-86 % en mujeres de nuestro medio. Se calcula una prevalencia general del 3% para la cefalea tensional crónica.

Cefalea crónica diaria

La cefalea crónica diaria es un «cajón de sastre» en el que se incluyen un grupo heterogéneo de cefaleas primarias, que evolucionan desde cefaleas episódicas a cefaleas prácticamente diarias (salvo la cefalea persistente *de novo*), que oscilan en una prevalencia de alrededor del 3% y que deben estar presentes al menos durante 15 o más días al mes y al menos con una duración superior a cuatro horas. Estas cefaleas son más habituales en personas de mediana edad, sin embargo, en las consultas de neurología la cefalea crónica diaria tipo migraña transformada es la cefalea por la que con más frecuencia consultan los ancianos. En este grupo se incluyen la cefalea persistente *de novo*, migraña transformada, la cefalea tensional crónica, la hemicraneal continua y la cefalea de rebote por consumo de analgésicos. Hay que tener en cuenta que entre el 50 y el 80% de los pacientes con cefalea crónica diaria abusan de los analgésicos (Tabla 2).

Cefaleas trigémino-autonómicas

La edad más común de inicio del SUNCT(*Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing*) está entre los 40 y 70 años. Es la cefalea primaria más rara, siendo por tanto muy complicado realizar estudios epidemiológicos. Cursa con un dolor moderado-grave distri-

buido por zona orbital-periorbital, frente o sienes, y puede extenderse a nariz, mejillas orejas, paladar o sienes. Se acompaña de fenómenos disautonómicos oculonasales. Suele ser unilateral y se suele describir como punzante con duración breve (5-250 s). La frecuencia es variable entre individuos, con un rango de 1 a 80 episodios al día. No tiene relación aparente con el sueño y es de presentación episódica (1 o 2 períodos sintomáticos por año, con remisiones de meses de duración). Los períodos sintomáticos tienden a aumentar su frecuencia e intensidad de duración con la edad. Es de presentación esporádica (aunque algunos pacientes presenten maniobras gatillo) y no tiene períodos refractarios entre crisis. Se recomienda realizar pruebas de imagen para descartar trastornos de la fosa posterior o hipófisis.

Cefalea hípnica

La cefalea hípnica es otro grupo de cefaleas descrita recientemente, con pocos casos recogidos en la literatura médica, incluida en el grupo 4 de cefaleas primarias de la clasificación ICHD-II. Se caracteriza por su inicio en pacientes mayores de 50 años (la mayoría de los pacientes se encuentran entre los 65 y los 85 años). Sólo ocurre durante el sueño y despierta al paciente. Suele ser de intensidad leve-moderada, aunque el 20% de los pacientes describen el dolor como intenso. Es bilateral en dos tercios de los casos y dura entre 15 y 180 minutos (Tabla 3). Tiene relación con la fase del sueño REM.

Neuralgias

Las neuralgias también son una enfermedad más prevalente en este grupo poblacional. La más frecuente

Tabla 3. Criterios diagnósticos de la cefalea hípnica (ICHD-II de la IHS)

- A. Dolor de cabeza sordo que cumple criterios B a D
- B. Se presenta solamente durante el sueño y despierta al paciente
- C. Al menos dos de las siguientes características:
 - 1. Ocurre más de 15 veces mes
 - 2. Dura más de 15 minutos tras despertar
 - 3. Ocurre por primera vez a edad superior a 50 años
- D. Ausencia de síntomas autonómicos y no más de uno de los siguientes: náuseas, fotofobia o fonofobia
- E. No atribuible a otro trastorno

Tabla 4. Criterios diagnósticos de la cefalea cervicogénica (ICHD-II de la IHS)

- A. Dolor, referido desde una fuente álgida en el cuello y percibido en una o más regiones de la cabeza y/o cara, que cumple los criterios C y D
- B. Evidencia clínica, de laboratorio o de neuroimagen de un trastorno o lesión en la columna cervical o en los tejidos blandos del cuello, generalmente aceptados como una causa válida de dolor
- C. Evidencia de que el dolor puede atribuirse a una alteración o lesión en el cuello en función de alguno de los siguientes:
 - 1. Demostración de signos clínicos que implican una fuente de dolor en el cuello
 - 2. Abolición o reducción muy significativa tras bloqueo farmacológico diagnóstico de la estructura cervical o su nervio con control de placebo o de otro tipo
- D. El dolor se resuelve en menos de 3 meses tras el tratamiento del trastorno o lesión causante

es la que afecta al nervio trigémino con una incidencia de 155 por millón de habitantes. Predomina ligeramente en el sexo femenino. Aparece en edades superiores a los 50 años. Es unilateral, con preferencia por la segunda y tercera ramas del trigémino. El dolor puede aparecer de forma espontánea, pero lo más característico es que se desencadene por el estímulo de áreas gatillo. Produce un dolor lancinante, incapacitante, que responde mal a la analgesia habitual. Para considerarse primaria debe haber una exploración neurológica y estudios de neuroimagen normales. La aparición bilateral o la afectación aislada de la primera rama deben hacer sospechar la existencia de una causa secundaria.

Cefalea cervicogénica

El diagnóstico de este tipo de cefalea no es fácil. Existen discrepancias en cuanto a sus criterios diagnósticos (Tabla 4). Se necesitan pruebas radiológicas diagnósticas y puede ser imprescindible la realización de bloqueos anestésicos para el confirmar diagnóstico. Parece claro, no obstante, que la prevalencia de este tipo de cefaleas en la población anciana es superior a la de la población joven por la mayor incidencia de alteraciones musculoesqueléticas y articulares en esta población. En el diagnóstico diferencial de la cefalea cervicogénica están los siguientes pro-



Figura 1. Engrosamiento de la arteria temporal en un caso de arteritis de células gigantes.

cesos: tumores de la fosa posterior, tumores espinales, disección de la arteria vertebral, malformación de Arnold-Chiari, malformaciones arteriovenosas, vasculitis como la arteritis de células gigantes, espondilosis o artropatía cervical y hernias discales cervicales.

Arteritis de células gigantes

Aunque su prevalencia en la población general es del 1%, la arteritis de células gigantes (ACG) constituye el 6% de las cefaleas *de novo* que aparecen en mayores de 65 años (es excepcional su aparición en menores de 50 años). La incidencia aumenta con la edad, siendo aproximadamente de 3-9 casos por 100.000 habitantes y año. La ACG es de tres a cuatro veces más frecuente en las mujeres. La cefalea constituye el síntoma de inicio más frecuente (33%) y aparece a lo largo de la evolución en el 70% de los casos. Sus características típicas son la unilateralidad, carácter sordo, curso progresivo, predominio nocturno, localización temporal e hiperestesia local al tacto. Otros síntomas asociados son la polimialgia

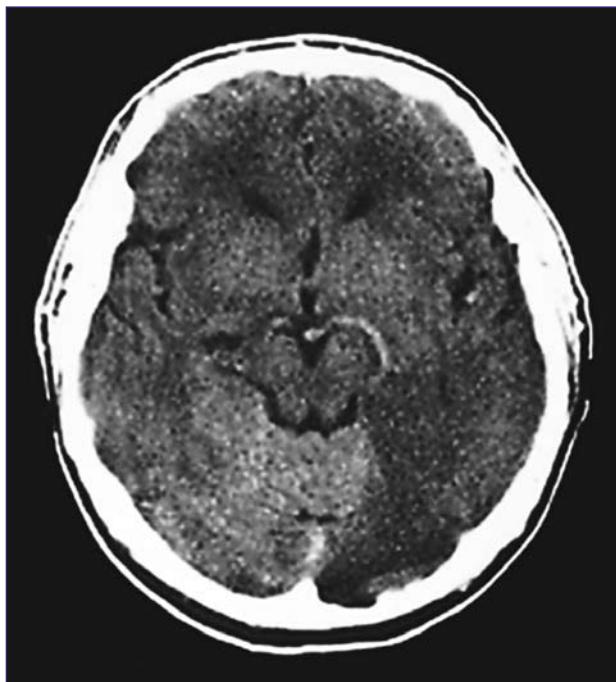


Figura 2. Infarto en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda.

reumática (síntoma de inicio en un cuarto de los pacientes), el síndrome constitucional y la claudicación mandibular, entre otros.

La gravedad de este cuadro clínico radica en que en ausencia de tratamiento. El 50% de los pacientes desarrolla neuropatía óptica isquémica (generalmente anterior), que puede ser bilateral y aparece como síntoma de inicio en el 3%. Otra consecuencia del retraso diagnóstico es la aparición de ictus y de infartos vasculares en territorio de la carótida externa (p. ej. en la lengua). Para el diagnóstico son fundamentales la sintomatología y la exploración física donde suelen aparecer anomalías en la arteria temporal como engrosamiento, tortuosidad, disminución o ausencia de pulso (Fig. 1). En los datos analíticos destaca el aumento en los reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular [VSG], proteína C reactiva [PCR], leucocitosis), pero hay que saber que hasta el 10% de los pacientes con ACG pueden tener un valor de VSG normal.

Ictus

La cefalea, habitualmente con características vasculares, acompaña frecuentemente al ictus isquémico. En

la evolución del ictus, la cefalea puede indicar la presencia de complicaciones como transformación hemorrágica, edema e hidrocefalia. En el 40% de los accidentes isquémicos transitorios aparece cefalea, hecho que puede producir confusión clínica con la migraña con aura, favoreciendo este diagnóstico la edad más joven, la sintomatología de focalidad progresiva y los síntomas visuales progresivos. Es muy característico el dolor periocular o frontal ipsolateral que puede acompañar al infarto de una arteria cerebral posterior (Fig. 2).

La cefalea es el síntoma más frecuente de las diseciones vasculares, tanto del árbol carotídeo como vertebrobasilar. En la disección de carótida el dolor es de localización periocular, es moderado o intenso, puede ser pulsátil y se suele acompañar de síndrome de Horner. En el territorio vertebrobasilar el dolor se localiza en la región occipital, suele ser unilateral y se asocia a déficit neurológico en el territorio correspondiente.

Cefalea por fármacos

Los pacientes mayores, frecuentemente polimedicados, son los más proclives a sufrir cefalea por fármacos. En algunos casos, la cefalea se debe a que determinado fármaco desencadena un dolor de cabeza primario preexistente, como un nitrato que provoca una crisis de migraña o de cefalea en racimos. Sin embargo, otras veces los fármacos producen cefalea en pacientes sin cefaleas previas. El diagnóstico de una cefalea atribuida a determinado fármaco se basa en la relación temporal entre el comienzo del tratamiento y la aparición de la cefalea junto con la desaparición de la cefalea tras la retirada del fármaco. Ante una cefalea de origen no aclarado en cualquier grupo de edad, pero sobre todo en los pacientes mayores, la retirada de aquellos fármacos que no sean imprescindibles puede resolver el problema del paciente.

CONCLUSIONES

El diagnóstico preciso del origen de la cefalea de un paciente mayor puede suponer al facultativo un verdadero reto. No todos los cuadros clínicos están bien caracterizados, hecho que, junto al sesgo de olvido, el consumo de fármacos y las enfermedades asociadas a la población mayor hacen que el diagnóstico pueda ser complicado o incompleto. Hay que tener un especial cuidado con los pacientes ancianos que,

habiendo sufrido cefaleas desde su juventud, consultan por dolor de cabeza, aunque este parezca benigno. En los ancianos, una cefalea de reciente aparición es secundaria a algún otro trastorno hasta que se demuestra lo contrario.

BIBLIOGRAFÍA

Chatap G, Giraud K, Vincent JP. Headaches in the elderly. *Presse Med* 2004;33 (12 pt 1):808-18.

Evers S, Goadsby PJ. Hypnic headache: clinical features, pathophysiology, and treatment. *Neurology* 2003;60:905-9.

Freedom T, Jay WM. Migraine with and without headache. *Semin Ophthalmol* 2003;18:210-7.

Klotz JM. Headache in the elderly. *MMW Fortschr Med* 2004;146:37-40.

Landy S. Migraine throughout the life cycle: treatment through the ages. *Neurology* 2004;62 Suppl 2:2-8.

Mannix LK. Epidemiology and impact of primary headache disorders. *Med Clin North Am* 2001;85:887-95.

Porta-Etessam J, Moreno T, García-Ramos R, et al. Prevalencia de migraña en ancianos. Datos preliminares del estudio NEDICES. *Kranion* 2005;5:3-6.

Rozen TD. New daily persistent headache. *Curr Pain Headache Rep* 2003;7:218-223.

Smetana GW, Shmerling RH. Does this patient have temporal arteritis? *JAMA* 2002;287:92-101.

The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *Cephalalgia* 2004;24 Suppl. 1:1-160.

Ward TN. Medication overuse headache. *Prim Care* 2004;31:369-80.