

Neurodebate

KRANION 2006;6:49-51

¿Está indicado realizar estudio de neuroimagen de manera rutinaria a los pacientes con cefalea no aguda?

A. PÉREZ SEMPERE¹ Y J. PORTA ETESSAM²

¹Servicio de Neurología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante

²Servicio de Neurología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid

NO ESTÁ INDICADO REALIZAR ESTUDIO DE NEUROIMAGEN DE MANERA RUTINARIA A LOS PACIENTES CON CEFALEA NO AGUDA

ÁNGEL PÉREZ SEMPERE

El dolor de cabeza es uno de los problemas más frecuentes de salud, con una prevalencia a lo largo de la vida cercana al 100%¹. La valoración de los pacientes con cefalea supone gran parte de la actividad profesional del neurólogo y se estima que aproximadamente uno de cada tres pacientes que acude a la consulta del neurólogo lo hace por este motivo².

La única indicación médica que justifica la realización de un estudio de neuroimagen (TC o RM) en los pacientes con cefalea no aguda es la sospecha de una lesión estructural que sea la causa de la misma. Sin embargo, la probabilidad de lesión estructural en pacientes con cefalea no aguda es baja. En una serie de 1.876 pacientes consecutivos, únicamente el 1,2% de los pacientes mostraron alteraciones «potencialmente» relevantes en el estudio de neuroimagen, porcen-

taje que se redujo al 0,9% cuando se consideró a los pacientes con exploración neurológica normal³. En un estudio que realizó RM cerebral a población asintomática mayor de 65 años⁴ la prevalencia de lesiones estructurales fue de 1,2% (0,8-1,5%), una cifra superponible a la de los pacientes con cefalea no aguda, por lo que podríamos concluir que el hallazgo de una lesión estructural en un paciente con cefalea no aguda y exploración neurológica normal puede considerarse simplemente un hallazgo casual.

En la serie previamente mencionada de pacientes con cefalea no aguda, solamente la mitad de aquellos a los que se detectó una lesión intracraneal fueron intervenidos quirúrgicamente³. Por lo tanto, si se realiza TC o RM de manera rutinaria a 234 pacientes con cefalea no aguda, esta prueba será innecesaria en 233, ya que solamente supondrá cambio de tratamiento en un paciente. Por otra parte, puede ocurrir que el paciente sea sometido al riesgo de la cirugía y no mejore su dolor de cabeza debido a que la cefalea no estaba causada por la lesión cerebral. En el estudio referido, no se hace mención acerca de la evolución posquirúrgica de los pacientes. Si la cefalea no mejora tras la cirugía, el estudio de neuroimagen solamente habría servido como inductor de una potencial yatrogenia.

La revista Kranion es quien propone a los autores el tema a debatir y les sugiere qué postura adoptar. Por lo tanto, sus argumentos no reflejan necesariamente lo que en realidad puedan pensar.

En el libro *Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea: recomendaciones 2004* editado por el Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología se consideran como indicaciones de TC de cráneo las siguientes⁵:

- Cefalea intensa de inicio hiperagudo (cefalea en estallido).
- De evolución subaguda que empeora progresivamente.
- Asociada a síntomas, signos o alteraciones en el EEG compatibles con focalidad neurológica.
- Asociada a papiledema o rigidez de nuca.
- Asociada a fiebre que no es explicable por una enfermedad sistémica.
- Asociada a náuseas o vómitos que no son explicables por una cefalea primaria o una enfermedad sistémica.
- Cefalea que no responde a su tratamiento teórico.
- No clasificable por la historia clínica.
- En aquellos pacientes que dudan del diagnóstico o el tratamiento ofrecidos.

La evidencia que sustenta estas indicaciones, con la excepción de la anormalidad de la exploración neurológica, es escasa. Otro problema añadido es la imprecisión de estas indicaciones. Por ejemplo, la realización de TC en los pacientes que dudan del diagnóstico y tratamiento ofrecidos. ¿Debemos preguntar a los pacientes si dudan de nuestro diagnóstico o tratamiento y en caso afirmativo solicitar TC?

Se suele argumentar que la normalidad de una prueba complementaria disminuye la ansiedad del paciente respecto a su enfermedad. Sin embargo, un ensayo clínico en pacientes con cefalea crónica ha demostrado que la realización de TC craneal únicamente disminuye la ansiedad a corto plazo, pues, al año, el grado de ansiedad es similar en quienes se realizó TC y en quienes no⁶.

La TC craneal expone al paciente a una radiación aproximada de 2 mSv, equivalente a la radiación ambiental recibida durante 8 meses o a la radiación de 20 radiografías de tórax⁷. La RM craneal evita la exposición a la radiación pero supone un coste económico mayor. Asumiendo un precio medio de 150 € por TC, la realización de TC craneal a 500 pacientes consecutivos con cefalea supondría un coste económico de 75.000 €, bastante superior al salario anual de un neurólogo. Si en lugar de TC se realizara RM, considerando un precio medio de 300 €, la cifra as-

cendería a 150.000 €. Este importe es una infraestimación del real ya que no tiene en cuenta el coste que supone para el paciente y sus familiares el desplazamiento y las horas no trabajadas.

Como conclusión, el paciente con cefalea no necesita, en general, pruebas de neuroimagen, sino el tiempo dedicado por un neurólogo interesado por su problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population. A prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1147-57.
2. Sempere AP, Mola S, Medrano V, et al. Epidemiología descriptiva de la asistencia neurológica ambulatoria en el área Vega Baja (Alicante). *Rev Neurol* 2002;35:822-6.
3. Sempere AP, Porta-Etessam J, Medrano V, et al. Neuroimaging in the evaluation of patients with non-acute headache. *Cephalgia* 2005; 25:30-5.
4. Yue NC, Longstreth WT Jr, Elster AD, Jungreis CA, O'Leary DH, Poirier VC. Clinically serious abnormalities found incidentally at MR imaging of the brain: data from the Cardiovascular Health Study. *Radiology* 1997;202:41-6.
5. Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea: recomendaciones 2004. En: www.cefaleas.sen.es/profesionales/recomendaciones2004.htm. Con acceso el 24 de junio de 2006.
6. Howard L, Wessely S, Leese M, et al. Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:1558-64.
7. American College of Radiology. X-ray safety. En: www.radiologyinfo.org/en/safety/index.cfm?pg=sfty_xray#3. Con acceso el 26 de junio de 2006.

SÍ ESTÁ INDICADO REALIZAR ESTUDIO DE NEUROIMAGEN DE MANERA RUTINARIA A LOS PACIENTES CON CEFALEA NO AGUDA

JESÚS PORTA ETESSAM

La indicación de pruebas de neuroimagen en pacientes con cefalea es una decisión basada en múltiples factores que extraemos de la historia clínica, la exploración y nuestra intuición clínica. Aunque se ha llegado a un consenso basado en una serie de puntos en los que parece adecuada la realización de un estudio, éstos no dejan de ser unas recomendaciones derivadas de la experiencia clínica y la opinión de expertos (Tabla 1)¹. De la lectura del último punto (cefalea en pacientes que dudan del diagnóstico, en quienes existe una marcada ansiedad o que expresan temor ante un eventual proceso intracraneal serio) puede colegirse que un importante porcentaje de nuestros pacientes con cefalea cumplirán tal indicación, de modo que no podríamos negar la realización de una prueba

Tabla 1. Indicaciones de neuroimagen en el paciente con cefalea¹

Indicaciones de tomografía computarizada (TC)
Cefalea intensa de inicio explosivo (cefalea en estallido)
Cefalea de evolución subaguda con curso evolutivo hacia el empeoramiento progresivo
Cefalea asociada a síntomas o signos neurológicos focales diferentes del aura migrañosa
Cefalea asociada a papiledema o rigidez nucal
Cefalea asociada a fiebre no explicable por enfermedad sistémica
Cefalea y signos/síntomas de hipertensión endocraneal
Cefalea no clasificable por la historia clínica
Cefalea en pacientes que dudan del diagnóstico, en quienes existe una marcada ansiedad o que expresan temor ante un eventual proceso intracranial serio
Indicaciones de resonancia magnética (RM)
Hidrocefalia en la TC, para delimitar el lugar de la obstrucción
Sospecha de lesiones en zonas de difícil visualización mediante TC (fosa posterior, silla turca, seno cavernoso)
Cefalea tisiática o desencadenada por otras maniobras de Valsalva, a fin de descartar malformación de Arnold-Chiari u otro tipo de lesiones estructurales
Sospecha de trombosis venosa intracranial
Sospecha de cefalea secundaria a hipopresión licuoral (RM con gadolinio)
Sospecha de infarto migrañoso no objetivado mediante TC

de neuroimagen a prácticamente ningún paciente que nos lo pidiera. Y ahondando en esta aproximación, y teniendo en cuenta que somos profesionales que tratamos a pacientes, no debemos restringir el uso de una prueba útil que en muchas ocasiones implica la tranquilidad de nuestro enfermo.

Plantearse la cuestión de realizar pruebas de neuroimagen a todos los pacientes con cefalea sería equiparable a la de no realizarlas a los pacientes con cefalea no aguda justificándose por el bajo riesgo de que se trate de una cefalea secundaria. Sin embargo, el 1,2% de los pacientes que consultan por cefalea no

aguda muestran alteraciones relevantes en los estudios de neuroimagen², porcentaje similar al encontrado en pacientes con AIT, deterioro cognitivo o epilepsia³, en los que nadie se plantea no hacer un estudio de neuroimagen.

Desde una aproximación social, la función del médico actual no es únicamente la de diagnosticar positivamente enfermedades sino también la de descartar una enfermedad grave. Cuando pedimos una prueba complementaria, ¿el fin es el diagnóstico de un proceso que sospechamos o, por el contrario, es asegurarnos de la ausencia de una enfermedad que podría tener nuestro paciente?

Desde un punto de vista económico puede criticarse el incremento en el gasto sanitario que conlleva realizar pruebas de neuroimagen a este tipo de pacientes, pero, posiblemente, la normalidad de las mismas suponga una disminución de las visitas a urgencias y al médico de atención primaria y tranquilice a enfermos, familiares y al propio médico.

En nuestra práctica clínica actual debemos tomar decisiones individualizadas buscando lo mejor para cada paciente, como un conjunto y no sólo como una enfermedad. Desde esta aproximación y con el tiempo clínico necesario, podemos hacer una labor insustituible, donde la prueba de imagen será la continuación de nuestra exploración o incluso de nuestra explicación a los pacientes que la necesiten. No debemos ver al paciente como un grupo de síntomas que encajan o no en unas indicaciones de pruebas complementarias (de hecho, estas indicaciones no han sido creadas para aplicarlas de esta forma), sino como un ser humano que pide ayuda y en nuestras manos están los instrumentos necesarios para dársela.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea: recomendaciones 2006. En prensa 2006.
2. Sempere AP, Porta-Etessam J, Medrano V, et al. Neuroimaging in the evaluation of patients with non-acute headache. *Cephalgia* 2005; 25:30-5.
3. Prats JM, Garaizar C. Etiología de la epilepsia en adolescentes. *Rev Neurol* 1999;28:32-5.