



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA CLÍNICA

Cefalea en trueno. Una entidad que debe ser rápidamente reconocida y estudiada

Headache in thunder. A condition that must be quickly recognised and studied

C. Molins Rojas^a y M. Vicente Pascual^{b,*}

^a Área Básica de Salud Balàfia-Pardinyes, Lleida, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

Recibido el 19 de agosto de 2019; aceptado el 20 de octubre de 2019

Presentamos el caso de una mujer de 56 años, con hipercolesterolemia como único antecedente médico de interés. Acudió a urgencias por 3 episodios de cefalea opresiva, holocraneal, que alcanzaba su máxima intensidad en un minuto, con un EVA 10/10. Asociaba náuseas, pero no vómitos, fotofobia ni sonofobia. No se desencadenaba con cambios posturales ni maniobras de Valsalva. A la valoración la paciente se encontraba hemodinámicamente estable y afebril, sin alteraciones en funciones superiores, sin déficits en pares craneales ni en vías largas. No existía rigidez de nuca ni signos de irritación meníngea. Entre las exploraciones complementarias, la analítica sanguínea no presentó alteraciones relevantes, siendo los tóxicos en orina negativos. Una tomografía computarizada (TC) craneal descartó la presencia de hemorragia subaracnoidea (HSA) y el estudio vascular, mediante ecografía-doppler de troncos supraaórticos y transcraneal no mostró signos de disección carotídea ni aumentos focales de velocidad que sugirieran estenosis ni vasoconstricción. Posteriormente se realizó una punción lumbar, obteniéndose un líquido cefalorraquídeo de aspecto

claro, sin alteraciones en la bioquímica, y con serologías y cultivo negativos. Ante la mejoría con analgesia endovenosa se decidió seguir con el estudio a nivel ambulatorio. Se repitió el doppler, que no mostró cambios respecto al previo. La resonancia magnética cerebral descartó lesiones isquémicas, hemorrágicas, trombosis cerebral u otras lesiones intraparenquimatosas, con secuencias vasculares que descartaron estenosis, vasoespasmos arteriales, así como aneurismas intracerebrales. Dada las características clínicas de la cefalea y la normalidad de las pruebas complementarias, se confirmó el diagnóstico de cefalea en trueno primaria. En la actualidad, la paciente mantiene el seguimiento por neurología habiendo presentado nuevas recurrencias, por lo que se ha iniciado tratamiento con nimodipino, sin nuevos episodios de cefalea desde entonces.

La cefalea en trueno primaria es una entidad poco frecuente. Preferentemente afecta a mujeres de entre 20 y 50 años. Su origen es desconocido, pero se postula que podría ser debida a una vasoconstricción excesiva, en respuesta a la estimulación de las terminales simpáticas aferentes que modulan el tono vascular en los segmentos proximales de las arterias intracraneales¹. Actualmente hay quien incluye dicha entidad en el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR)².

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mvpascual.1@gmail.com
(M. Vicente Pascual).

Clínicamente se caracteriza por ser una cefalea de aparición brusca, que alcanza su máxima intensidad en menos de un minuto. Suele localizarse en la zona occipital o ser holocraneal, y puede asociar otros signos como fotofobia, sonofobia, náuseas y vómitos³. Puede aparecer en reposo o desencadenarse con el ejercicio o maniobras de Valsalva. Existen los criterios clínicos de la Headache Classification Committee of the International Headache Society, que la definen como una cefalea intensa de inicio súbito, que alcanza su máxima intensidad en menos de un minuto y tiene una duración de 5 o más minutos⁴.

Para su diagnóstico deben descartarse causas secundarias que requieren un rápido reconocimiento y abordaje urgente⁵ dada la elevada morbimortalidad que presentan (tabla 1). Entre ellas destacan la hemorragia subaracnoidea (HSA), el SVCR y la infección del sistema nervioso central. La causa secundaria más frecuente de cefalea en trueno es la HSA. Hasta un 25% de los pacientes con HSA pueden presentar cefalea con dichas características⁶. Para su confirmación o exclusión son necesarias pruebas de neuroimagen cerebral (preferiblemente con secuencias vasculares para valoración de aneurismas) y en caso de normalidad realizar una punción lumbar a las 6-12 h del inicio de la clínica⁷. La cefalea que aparece en el SVCR (también conocida como angiopatía cerebral reversible del sistema nervioso central) puede preceder al hallazgo de vasoconstricción en las pruebas de imagen. Además, suele asociar crisis epilépticas o

Tabla 1 Causas secundarias de cefalea en trueno/*thunderclap headache*

<i>Enfermedades más frecuentes</i>
Hemorragia subaracnoidea
Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible
<i>Otras enfermedades</i>
Infecciones cerebrales (meningitis, sinusitis aguda complicada...)
Trombosis venosa cerebral
Disección arterial cervical
Hipotensión intracraneal espontánea
Crisis hipertensiva
Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible
Hemorragia intracerebral
Ictus isquémico

focalidad neurológica. Para su diagnóstico se requiere un estudio vascular (angio-TC, angio-RM, doppler, arteriografía) que demuestre alteraciones de flujo sanguíneo y que estas sean reversibles a los 3 meses del inicio de la sintomatología⁸. En nuestra paciente, 3 estudios vasculares con varios días de diferencia entre ellos no mostraron signos de vasoconstricción. Por último, se debe descartar la infección del SNC, con la realización de una neuroimagen y una punción lumbar.

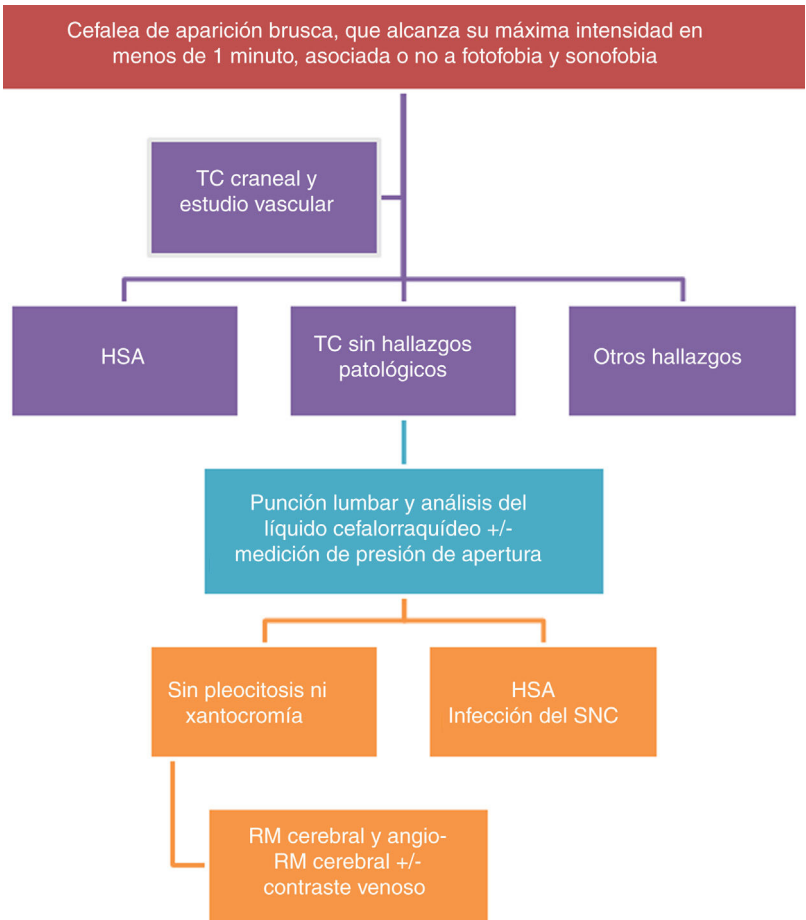


Figura 1 Propuesta de algoritmo para el diagnóstico diferencial de una cefalea en trueno.

En nuestra paciente quedaron excluidas las causas secundarias más frecuentes y graves de cefalea en trueno, y por la clínica, el cuadro no parece corresponder a enfermedad de flujo lícual. La ausencia de cefalea como antecedente médico tampoco orienta a pensar en una migraña atípica, estableciéndose finalmente el diagnóstico de cefalea en trueno primaria. Con relación al tratamiento, la respuesta a analgésicos convencionales suele ser limitada, siendo recomendable evitar los fármacos vasoconstrictores, como los triptanes o ergotamínicos, y el ejercicio físico en las primeras semanas. En algunos casos se opta por el nimodipino, dada la hipótesis fisiopatológica de la vasoconstricción reversible⁹, siendo limitado y controvertido el uso de los corticoides (ya que en caso de existir vasoespasmó podrían empeorar el pronóstico)¹⁰.

La cefalea en trueno se considera una urgencia médica dada la posibilidad de la existencia de una enfermedad intracerebral subyacente grave causante del cuadro clínico. El rápido reconocimiento y adecuado abordaje diagnóstico puede ser vital, por lo que proponemos un algoritmo diagnóstico sencillo (fig. 1) que puede descartar las causas más frecuentes y graves que ocasionen una cefalea de dichas características.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

No existe.

Confirmando que se ha contado con el consentimiento del paciente, y que he obtenido todos los consentimientos

requeridos por la legislación vigente para la publicación de casos clínicos de sujetos, de investigación u otras personas que aparecen en los materiales enviados a Elsevier.

Bibliografía

1. Schwedt TJ. Thunderclap headache. *Continuum (Minneapolis)*. 2015;21:1058–71.
2. Chen SP, Fuh JL, Lirng JF, Chang FC, Wang SJ. Recurrent primary thunderclap headache and benign CNS angiopathy: Spectra of the same disorder? *Neurology*. 2006;67:2164–9.
3. Yang CW, Fuh JL. Thunderclap headache: An update. *Expert Rev Neurother*. 2018;18:915–24.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38:1–211.
5. Barritt A, Miller S, Davagnanam I, Matharu M. Rapid diagnosis vital in thunderclap headache. *Practitioner*. 2016;260:23–8.
6. Landtblom AM, Fridriksson S, Boivie J, Hillman J, Johansson G, Johansson I. Sudden onset headache: A prospective study of features, incidence and causes. *Cephalalgia*. 2002;22:354–60.
7. Carpenter CR, Hussain AM, Ward MJ, Zipfel GJ, Fowler S, Pines JM, et al. Spontaneous subarachnoid hemorrhage: A systematic review and meta-analysis describing the diagnostic accuracy of history, physical exam, imaging, and lumbar puncture with an exploration of test thresholds. *Acad Emerg Med*. 2016;23:963–1003.
8. Ducros A. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome. *Lancet Neurol*. 2012;11:906–17.
9. Lu SR, Liao YC, Fuh JL, Lirng JF, Wang SJ. Nimodipine for treatment of primary thunderclap headache. *Neurology*. 2004;62:1414–6.
10. Singhal AB, Hajj-Ali RA, Topcuoglu MA, Fok J, et al., Bena J, Yang D. Reversible cerebral vasoconstriction syndromes: Analysis of 139 cases. *Arch Neurol*. 2011;68:1005–12.