

✉ B. Sarasà

# Presentación de un caso clínico: ¿puede ser útil la acupuntura en el tratamiento de la cefalea en racimos (*cluster headache*)?

## Case report: is acupuncture useful in the treatment of cluster headache?

### Resumen

La cefalea en racimos o *cluster headache* es un tipo de cefalea trigeminal con síntomas autonómicos, que se caracteriza por episodios de dolor unilateral muy intenso y agudo, de difícil y a veces infructuoso tratamiento abortivo y preventivo, que incapacitan al paciente de forma severa durante las crisis y en sus actividades habituales. Se presenta el caso de un paciente con este diagnóstico que acudió al tratamiento de acupuntura tras no obtener alivio con las terapias alopáticas seguidas.

### Palabras clave

*Cluster headache*, acupuntura, escala visual analógica

### Introducción

La cefalea en racimos tiene una prevalencia de hasta un 0,9% en la población. Puede comenzar a cualquier edad, aunque es más frecuente en individuos entre la tercera y la cuarta décadas de la vida. Los pacientes experimentan crisis de dolor unilateral agudo o muy agudo, lancinante, de localización retroocular, y/o supraocular y/o temporal, de 15 a 180 min de duración (sin tratamiento), asociado a algún síntoma autonómico ipsilateral como lagrimeo (91%), inyección conjuntival (77%), edema palpebral y/o ptosis (74%), miosis, rinorrea (72%), congestión nasal (75%), sudoración facial o frontal, y agitación psicomotora (93%). La frecuencia es de 1 a 8 ataques al día y sin evidencia alguna de causa estructural en el sistema nervioso central. Hay tendencia a la presentación periódica, en similares horas del día o de la semana o en épocas similares del año. Algunos factores desencadenantes del cuadro pueden ser el alcohol, el ejercicio, la nitroglicerina, las altas temperaturas, el estrés (40%), la alimentación (22%), los cambios estacionales (sobre todo primavera y otoño), etc.

### Abstract

Cluster headache is a type of trigeminal headache with autonomic symptoms characterized by episodes of severe acute unilateral pain. Abortive and preventive treatment is difficult and often unsuccessful. Affected individuals are severely debilitated during crises and in their normal activities. The case of a patient with this diagnosis, who sought acupuncture following unsuccessful allopathic treatment, is presented.

### Key words

Cluster headache, acupuncture, visual analog scale

Se describen 3 tipos de tratamiento: abortivos (sumatriptán subcutáneo, oxígeno al 100%), transicional (corticosteroides) y preventivo (verapamilo, ácido valproico, topiramato, etc.); su eficacia es variable y hay pacientes en los cuáles es muy difícil llegar a un control adecuado de síntomas<sup>1,2</sup>.

### Caso clínico

Se trata de un paciente de 66 años, casado y con una hija. Como antecedentes médicos destaca que es hipertenso, ex fumador, dislipémico y presenta hipertrofia prostática benigna.

Fue diagnosticado de *cluster headache* en el año 2005, en el contexto de una prejubilación decidida por su empresa. Desde entonces ha tenido varios episodios cíclicos de dolor, de duración variable y que su neurólogo ha tratado con diferentes tipos de tratamientos preventivos, corticosteroides, así como oxígeno a domicilio y triptanes en las crisis. Consultó en abril de 2011, “desesperado, pensando a veces que no merece la pena sufrir tanto” por una crisis que

✉ Blanca Sarasà  
Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en  
Medicina de Familia y Máster en Acupuntura por la

Universidad de Barcelona. EnergiMed,  
Clínica de Medicina Natural  
30471mss@gmail.com

se presentaba diariamente cada tarde durante “2 meses y 19 días”, que le obligaba a recluírse en su domicilio con oxígeno durante horas. Su frustración por la situación y la no extinción de este nuevo ciclo de dolor, era muy alta.

En la exploración por *Zang Fu* se trataba de un paciente afectado de gran irritabilidad, alta rigidez mental, con problemas de metabolismo del colesterol, contracturas musculares frecuentes, carácter obsesivo, perfeccionista, hipocóndriaco, hábito intestinal de varias deposiciones diarias (heces poco formadas, con restos alimentarios), nicturia y sed nocturna.

La lengua tenía una coloración rojo-vinosa, con marcas dentales y falsa saburra amarillenta. Vénulas sublinguales ingurgitadas. Los pulsos eran tensos, en mayor grado el izquierdo, y rápidos.

Se le diagnosticó, según la Medicina Tradicional China (MTC)<sup>3</sup>, un estancamiento de *Qi* de Hígado, con una agresión transversal sobre el Bazo, una deficiencia de *Qi* del Bazo (con calor-humedad), y un calor vacío de Hígado (resultado de una deficiencia de Yin de Riñón, siguiendo los ciclos de generación alterados).

*Primera sesión (19 de abril)*. Acude con cierto dolor todavía (se le visita al final de la tarde, sus crisis diarias empezaban unas horas antes). Manifiesta que creía que no podría acudir a la consulta (necesitaba el oxígeno en su domicilio). Escala visual analógica (EVA) 10/10 (escala de valoración del dolor):

- Sangrado *Ting* VB bilateral (dolor zona frontotemporal).
- *Yintang*, *Ren 15* (*A Shi*, manifestaba espontáneamente dolor en la zona).
- *Ren 17*, H 2, MC 6, IG 4.
- B 6.

*Segunda sesión (26 de abril)*. Reconoce (con reservas) cierta mejoría desde hace 2 días. Crisis menos intensas:

- H 3 en lugar de H 2.
- *Ren 17*, MC 6, IG 4, añadido VB 34.
- B 6, añadido R 3.

*Tercera sesión (3 de mayo)*. Se mantiene la leve mejoría manifestada en la anterior sesión, las crisis siguen siendo no tan intensas, algún día ha estado asintomático:

- Sigo tratando el estancamiento del Hígado eliminando calor (IG 11).
- Intensifico la tonificación del Yin (P 7 + R 6, R 3, B 6).

*Cuarta sesión (10 de mayo)*. EVA 6/10 en las crisis. A días está asintomático:

- Igual pauta y añadido tonificación de *Jiao* Medio (E 36 + *Ren 12* + B 6).
- E 25 (M o IG) para favorecer la función eliminadora de IG en todo este movimiento y ayudar al Bazo.

*Quinta sesión (17 de mayo)*. Ninguna crisis de dolor la última semana. Ha ido disminuyendo los triptanes preventivos que le pauta su neurólogo (¡tomaba uno cada 12 h!), desde ayer sólo toma uno al día y cree “que podría dejar de tomar incluso éste, pero le da miedo que vuelva el dolor”:

- Misma pauta de la última sesión.

*Sexta sesión (24 de mayo)*. No ha utilizado el oxígeno desde el día 9 de mayo:

- Sigo con la misma pauta de la 4.<sup>a</sup> sesión.
- Añado homeopatía para ayudar a trabajar su ansiedad anticipatoria (miedo a que vuelva el dolor): *Argentum nitricum* 200K (5-0-0).
- *Shu* del dorso en primera y segunda líneas (para tonificar órganos y sus aspectos mentales respectivos): P/C/H/VB/B/R/IG.

A partir de esta sesión seguimos con mantenimiento y regulación 1 vez cada 15 días, y tras 3 sesiones pasamos a periodicidad mensual. El paciente, a fecha de hoy, sigue asintomático.

## Discusión

En este caso observamos que el diagnóstico individualizado según la MTC nos ha ayudado a resolver una situación<sup>3</sup> (el motivo por el que consultó el paciente, el dolor) de difícil manejo, que manifestaba el final de todo un desajuste cronificado en cascada de diferentes órganos energéticos. Se podría intuir un inicio de estancamiento mantenido en la frustración por un cese laboral no deseado e impuesto hace unos años (a raíz del cual se diagnosticó el *cluster headache*), en un paciente con una personalidad susceptible y con unas condiciones energéticas determinadas ya previas.

El desbloqueo, la homeostasis y la tonificación secuencial con acupuntura permiten un reajuste energético que, además de otros beneficios colaterales, puede ayudar al profesional en el tratamiento del la cefalea en racimos o *cluster headache*.

En cuanto al estudio bibliográfico de acupuntura y cefalea *cluster*, no se ha encontrado bibliografía relevante que trate profundamente este tema.

No obstante, para cefalea crónica contamos con 3 importantes revisiones Cochrane positivas, 2 de Linde et al (2009)<sup>4,5</sup> relativas a migrañas y a cefalea tensional y una más antigua de Melchart et al<sup>6</sup> (2001) sobre dolor de cabeza idiopático.

Además, un trabajo aleatorizado en 62 pacientes con migraña presentado como póster por la Dra. Alecrim en el simposio de la International Headache Society en Kioto (2005), trató al grupo de acupuntura real con acupuntura individualizada según los principios de la medicina china y concluyó que la individualización del paciente es una opción válida en el tratamiento profiláctico de la migraña, cuyos efectos parecen ser más rápidos que los del tratamiento farmacológico<sup>7</sup>.

La valoración del tratamiento utilizado según los criterios STRICTA 2010<sup>8</sup> quedaría como sigue:

1. Se ha usado acupuntura basada en la MTC y sus síndromes para diagnosticar y tratar los síntomas del paciente.
2. Se han utilizado entre 11 y 20 agujas en cada sesión y para la identificación de puntos la abreviación de los meridianos en español y su número, tal como se ha consensuado para esta revista. En algún caso se ha sangrado algún punto distal con medidas de esterilización tradicionales. La profundidad de los puntos usados ha sido de entre 1 y 2 cm, buscando en cada inserción la sensación de de *Qi* de forma manual, sin ninguna técnica de tonificación o de sedación especial, el tiempo de retención de las agujas ha sido de 20 min y las agujas eran de acero, de mínimo diámetro y 1 cun de longitud.
3. Se han realizado 6 sesiones con periodicidad semanal, 3 con frecuencia quincenal y posterior ritmo mensual hasta la actualidad.
4. Otras intervenciones: sangrado del punto VB 44 de forma bilateral en una ocasión para reducir calor en el meridiano y uso de homeopatía para reforzar tratamiento según diagnóstico individualizado.
5. Blanca Sarasà, médico que ha realizado el tratamiento, es licenciada en medicina y cirugía, especialista en medicina de familia y máster en acupuntura por la Universidad de Barcelona.
6. Se trata de la exposición de un caso clínico, por lo que no se han comparado los resultados obtenidos con los de otros pacientes.

## Conclusión

El éxito relativamente rápido y concluyente de la acupuntura individualizada según la MTC en un paciente con una patología de difícil manejo en la medicina convencional, el *cluster headache*, nos lleva a seguir trabajando en este sentido, a animar a nuestros colegas acupuntores a seguirlo haciendo también en esta patología y a pensar en comenzar un estudio al respecto para poder demostrar de forma fidedigna la utilidad de la acupuntura en este tipo de cefalea.

## Referencias bibliográficas

1. Volcy-Gómez M. Cluster headache: its diagnosis, pathophysiology and treatment. *Rev Neurol*. 2006;42:114-21.
2. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, editores. *Harrison: Principios de medicina interna*. 17.ª ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2009.
3. Maciocia G. *Los fundamentos de la medicina china*. Cascais, Portugal: Aneid Press; 2002.
4. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD007587.
5. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for migraine prophylaxis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD001218.
6. Melchart D, Linde K, Fischer P, Berman B, White A, Vickers A, et al. Acupuncture for idiopathic headache. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(1):CD001218.
7. Alecrim-Andrade J, Maciel-Júnior JA, Cladellas XC, Correa-Filho HR, Machado HC. Acupuncture in migraine prophylaxis: a randomized sham-controlled trial. *Cephalalgia*. 2006;26:520-9.
8. MacPherson H, Altman DG, Hammerslag R, Youping L, Taixiang W, White A, et al; STRICTA Revision Group. Revised STandards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT statement. *J Evid Based Med*. 2010;3:140-55.