

## Cefalea Cardiaca

M<sup>a</sup> Candelaria Ayuso Raya<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Zona IV de Albacete.

Correspondencia:  
M<sup>a</sup> Candelaria Ayuso Raya.  
Centro de Salud Zona IV,  
C/ Seminario, 4, 02006  
Albacete. Telf.: 967510094,  
e-mail:  
candeyuso@hotmail.com

Recibido el 24 de febrero de 2008.

Aceptado para su publicación el 8 de mayo de 2008.

### RESUMEN

El diagnóstico diferencial entre cefalea primaria y secundaria y sus diferentes subtipos se basa en la historia clínica y en la exploración física. Éstos permiten detectar si la cefalea presenta síntomas de alarma y cuáles son sus características para establecer un diagnóstico apropiado de acuerdo con los criterios diagnósticos de la IHSII (The Internacional Clasification of Headache Disorders, segunda edición). La entrevista clínica es nuestra principal herramienta para la detección, diagnóstico y atención acerca de las quejas somáticas relatadas por nuestros pacientes. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de cefalea cardiaca.

**Palabras clave.** Cefalea.

### ABSTRACT

#### Cardiac headache

The differential diagnosis between primary and secondary headache and its different subtypes is based on the clinical history and the physical exploration. These can detect whether the headache presents warning signs and which characteristics can establish an appropriate diagnosis according to the diagnostic criteria of the IHSII (The Internacional Classification of Headache Disorders, second edition). The clinical interview is our main tool to detect, diagnose and treat the somatic complaints reported by our patients. We present the case of a patient diagnosed with cardiac headache.

**Key words.** Headache.

---

### INTRODUCCIÓN

El dolor de cabeza es una experiencia casi universal, y genera una gran demanda asistencial, hallándose entre los diez primeros motivos de consulta, tanto para los médicos de familia como para los neurólogos. El objetivo fundamental del médico de familia cuando un enfermo consulta por cefalea es discernir la que se asocia con enfermedad grave de la que no. El diagnóstico diferencial entre cefalea primaria y secundaria, y sus diferentes subtipos, se basa en la historia clínica y en la exploración física. Éstos permiten detectar si la cefalea presenta síntomas de alarma y cuáles son sus características para establecer un diagnóstico apropiado de acuerdo con los criterios diagnósticos de la IHSII (The Internacional Clasification of Headache Disorders, segunda edición). La entrevista clínica es nuestra principal herramienta para la detección, diagnóstico y atención acerca de las quejas somáticas relatadas por nuestros pacientes. Presentamos el caso de una paciente que acudió en ocasiones a su médico de familia acerca de un dolor referido y fue diagnosticada de cefalea cardiaca.

### OBSERVACIONES CLÍNICAS

Paciente de 54 años que consultó a su médico de familia en tres ocasiones por cefalea de reciente comienzo. Refería cefalea de predominio holocraneal, de carácter opresivo e intensidad moderada. Aparecía con la actividad física habitual (caminar, subir escaleras), cedía en reposo y se acompañaba de náuseas y vómitos en cada episodio. En cuanto a sus antecedentes personales, refería intolerancia a pregabalina y tramadol. No tenía antecedentes de diabetes mellitus ni hipertensión arterial, estando diagnosticada de hipercolesterolemia leve. Padecía un síndrome depresivo y trastorno

*Migraña sin aura*

- A. Al menos 5 ataques que cumplan los criterios B-D.
- B. Cefalea que dura de 4 a 72 horas (sin tratamiento o insuficientemente tratado).
- C. Cefalea que reúna dos de las siguientes características:
  - Localización unilateral.
  - Característica pulsátil.
  - De moderada a severa intensidad del dolor.
  - Empeora por la actividad física habitual (por ejemplo caminar o subir escaleras).
- D. Durante la cefalea ocurra uno de los siguientes:
  - Náuseas y/o vómitos.
  - Fotofobia o sonofobia.
- E. No atribuida a otra enfermedad.
- A. Al menos 2 ataques que cumplan con los criterios B-D.
- B. Aura consistente en al menos 1 de los siguientes, pero no debilidad motora:
  - Síntomas visuales totalmente reversibles incluyendo rasgos positivos (por ejemplo destellos luminosos, escotomas o líneas) y/o rasgos negativos (pérdida de la visión).
  - Síntomas sensoriales totalmente reversibles incluyendo rasgos positivos (alfileres y agujas) y/o rasgos negativos (entumecimiento).
  - Alteraciones totalmente reversibles de lenguaje disfásico.
- C. Al menos 2 de los siguientes:
  - Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensoriales unilaterales
  - Al menos uno de los síntomas del aura se desarrolla gradualmente de  $\geq 5$  minutos y/o diferentes síntomas del aura ocurren en sucesión de  $\geq 5$  minutos.
  - Cada síntoma dura  $\geq 5$  y  $\leq 60$  minutos.
- D. La cefalea cumple con los criterios B-D para "Migraña sin aura" comenzando durante el aura o seguido del aura dentro de los 60 minutos.
- E. No atribuida a otra enfermedad.

Tabla 1. Criterios de migraña sin aura.

*Migraña con aura típica*

- A. Al menos 2 ataques que cumplan con los criterios B-D.
- B. Aura consistente en al menos 1 de los siguientes, pero no debilidad motora:
  - Síntomas visuales totalmente reversibles incluyendo rasgos positivos (por ejemplo, destellos luminosos, escotomas o líneas) y/o rasgos negativos (pérdida de la visión).
  - Síntomas sensoriales totalmente reversibles incluyendo rasgos positivos (alfileres y agujas) y/o rasgos negativos (entumecimiento).
  - Alteraciones totalmente reversibles de lenguaje disfásico.
- C. Al menos 2 de los siguientes:
  - Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensoriales unilaterales.
  - Al menos uno de los síntomas del aura se desarrolla gradualmente de  $\geq 5$  minutos y/o diferentes síntomas del aura ocurren en sucesión de  $\geq 5$  minutos.
  - Cada síntoma dura  $\geq 5$  y  $\leq 60$  minutos.
- D. La cefalea cumple con los criterios B-D para "Migraña sin aura" comenzando durante el aura o seguido del aura dentro de los 60 minutos.
- E. No atribuida a otra enfermedad.

Tabla 2. Criterios de migraña con aura típica.

*Cefalea tipo tensional episódica infrecuente*

- A. Al menos 10 episodios que ocurran en  $<1$  día/mes en promedio ( $<12$  días/año) y cumpla con los criterios B-D
- B. Cefalea que dura de 30 minutos a 7 días.
- C. Cefalea que cumpla al menos 2 de las siguientes características:
  - Localización bilateral.
  - Característica no pulsátil (opresiva).
  - Intensidad leve o moderada.
  - No empeora con la actividad física habitual como caminar o subir escalera
- D. Ambos de los siguientes:
  - No náuseas o vómitos (anorexia puede ocurrir).
  - No más que uno de fotofobia o sonofobia.
- E. No atribuida a otra enfermedad

Tabla 3. Criterios de cefalea tipo tensional episódica infrecuente.

de ansiedad de varios años de evolución. Había sido intervenida por listesis L5-S1 en marzo de 2007, precisando reintervención por seromas superficiales, y estaba programada para implantación de prótesis de cadera. No refería historia previa de cefaleas.

En la valoración inicial en el Servicio de Urgencias la paciente refería dolor en epigastrio, náuseas, vómitos alimenticios, y posteriormente presentó dolor holocraneal, opresivo, de intensidad moderada, en relación con su actividad física habitual. A lo largo de su estancia en Urgencias se repitió el episodio de dolor en epigastrio, en esta ocasión con irradiación a hemitórax anterior y espalda, y cefalea de carácter opresivo. La tensión arterial era de 145/90 y la frecuencia cardíaca de 75 latidos por minuto.

Pruebas complementarias:

- Electrocardiograma sin dolor: ritmo sinusal, T negativa en aVL, ST mínimamente descendido en V4-V5 de menos de 0.5mm.
- Radiografía de tórax: índice cardiorádico normal. No signos de insuficiencia cardíaca congestiva.
- Radiografía simple de abdomen: fijación segmentos L5-S1.
- TAC: sin hallazgos patológicos.
- Bioquímica: creatinina 0.7, urea 38, potasio 3.0, sodio 134, GOT 41, CPK/CK-Mb 351/47, troponina 2.6, amilasa 36.
- Hemograma: hemoglobina 14.6, leucocitos 15.000 (85% neutrófilos), plaquetas 326.000.
- Coagulación: sin alteraciones.

Juicio clínico (24-12-2007): infarto agudo de miocardio no Q e hipertensión arterial. Plan de actuación: se decidió ingreso en planta de Cardiología, recibiendo tratamiento con nitroglicerina, betabloqueantes, antianginosos y doble antiagregación. La paciente permaneció asintomática desde su ingreso y hemodinámicamente estable. Se planteó cateterismo cardíaco, que se realizó, previo consentimiento informado, el día 28/12/07, con resultado de coronarias sin alteraciones.

## DISCUSIÓN

### ¿Qué actitud deber adoptar el médico de familia ante un paciente con dolor de cabeza desencadenado con el ejercicio físico?

Deberemos realizar, en base a criterios semiológicos y sindrómicos, formas de inicio, intensidad y localización del dolor, y todo ello acompañado de una exploración neurológica completa, un diagnóstico diferencial inicial con entidades como la cefalea tensional y la migraña, con la cefalea desencadenada con el ejercicio físico, con la cefalea ortostática, relacionada directamente con la realización de una punción lumbar o la causada por hipotensión del líquido cefalorraquídeo secundaria a fístula del líquido cefalorraquídeo, y finalmente con nuestra entidad, la cefalea cardíaca.

### ¿Qué otras causas de cefalea primaria deberemos descartar?

No deberemos obviar la posibilidad de que se trate de la cefalea asociada a la neuralgia del trigémino, la

cefalea en racimos, la cefalea secundaria a traumatismo craneoencefálico o traumatismo cervical, y finalmente con la cefalea atribuida a enfermedad intracraneal no vascular.

### ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la cefalea cardíaca?

De forma esquemática, describimos los signos y síntomas más relevantes ante los que debemos sospechar el diagnóstico de cefalea cardíaca en un paciente con cardiopatía isquémica:

- Cefalea intensa.
- Acompañada de náuseas y/o vómitos.
- Empeora con el ejercicio.
- Cede con nitratos.
- Puede representar el único síntoma de isquemia.
- Puede suponer un retraso en el diagnóstico si no la sospechamos.

### Etiología de la cefalea cardíaca e importancia del mecanismo fisiopatológico en el tratamiento posterior

En cuanto a la etiología de esta cefalea, Gutiérrez Morlote y cols. describieron las tres posibles teorías propuestas a raíz de siete casos para explicar el posible mecanismo fisiopatológico de esta entidad. La cefalea podría ser un dolor referido. Por todos es conocido que el sistema nervioso autónomo controla las funciones viscerales. Se activa principalmente por centros situados en la médula espinal, tronco del encéfalo e hipotálamo. Los estímulos dolorosos a través del sistema anterolateral de la médula espinal, con origen en las astas dorsales de la sustancia gris medular, cruzan al lado opuesto de la médula y ascienden por las columnas blancas anteriores y laterales para terminar en todos los niveles del tronco y del tálamo. Desde el tálamo se distribuye a corteza sensorial.

Como segunda hipótesis esta cefalea sería secundaria a la hipertensión intracraneal por éstasis venosa secundaria a una disminución transitoria del gasto cardíaco. Por último, se ha propuesto que la cefalea cardíaca sería secundaria a la liberación local de mediadores químicos, que se comportan como potentes vasodilatadores dependientes del endotelio y provocan la contracción del músculo liso, aumentando la permeabilidad vascular y relacionándose directamente con el mecanismo del dolor. Nos referimos a la serotonina, la bradiquinina, la histamina o la sustancia P. El incremento de la presión intracardíaca durante los episodios de angina podría también provocar la liberación de los denominados péptidos natriuréticos, que, a través de sus propiedades de natriuresis y acción antagónica del sistema renina-angiotensina-aldosterona, podrían inducir cefalea en relación con su importante capacidad de dilatación vascular.

### Conclusiones e implicaciones prácticas

Se debe realizar diagnóstico diferencial con la migraña, crucial para evitar la medicación vasoconstrictora.

- Cefalea que puede ser intensa, agravada por el esfuerzo, acompañada de náuseas y de los criterios C y D, descritos a continuación:

- C. Al menos 2 de los siguientes:
  - Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensoriales unilaterales.
  - Al menos uno de los síntomas del aura se desarrolla gradualmente ( $\geq 5$  minutos) y/o diferentes síntomas del aura ocurren en sucesión ( $\geq 5$  minutos).
  - Cada síntoma dura  $\geq 5$  y  $\leq 60$  minutos.
- D. La cefalea cumple con los criterios B-D para "Migraña sin aura" comenzando durante el aura o seguido del aura dentro de los 60 minutos.
- Antecedentes de isquemia miocárdica aguda.
- Cefalea que se desarrolla concomitantemente con isquemia miocárdica aguda.
- La cefalea se resuelve y no recurre tras tratamiento médico eficaz para la isquemia miocárdica o tras revascularización coronaria.
- Debe sospecharse Cefalea Cardíaca ante cualquier cefalea de novo, en pacientes mayores de 50 años con factores de riesgo cardiovascular.
- La respuesta a nitratos confirma el diagnóstico.
- Entidad rara, que puede pasar inadvertida o no sospecharse ante la atribución a nitratos.
- Ante la sospecha sería interesante solicitar prueba de esfuerzo.

- Fundamental el diagnóstico diferencial con la Migraña, para evitar medicamentos ergóticos y triptanos.

### AGRADECIMIENTOS

A los Dres. Tomás Segura, Adjunto del Servicio Neurología, HGU Albacete, Moisés Barambio, Adjunto del Servicio de Cardiología, HGU Albacete, Clotilde Boix, Coordinadora de la Unidad Docente de MF y C de Albacete y Francisco Escobar, Tutor en el Centro de Salud Universitario Zona 4 de Albacete, por su inestimable ayuda en enseñarnos a trabajar con rigor científico, con entusiasmo y por la oportunidad brindada en la divulgación de este caso.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Morlote J, Fernández García JM, Timiraos Fernández JJ, Llano Catedral M, Rodríguez Rodríguez E, Pascual Gómez J. Cefalea cardíaca, ¿una entidad infradiagnosticada? *Rev Esp Cardiol* 2005; 58:1476-8.
2. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004; 24(suppl 1):1-160.
3. Grupo de Cefaleas de la semFYC. Problemas del sistema nervioso. Dolor de cabeza. En: *Guía de Actuación en Atención Primaria*. 1ª ed. Barcelona: semfyc ediciones; 1998. pp.156-9.