

# Principales Aspectos de la Cefalea Tensional

## Autores:

Dra. Alicia Kassian Rank  
Jefa del CNCTD, Hospital General de México.

Dra. Virginia Gordillo Álvarez.  
Médica Anestesióloga  
Algóloga Residente del CNCTD.

*La cefalea es un padecimiento ampliamente generalizado en la población y representa uno de los principales motivos de consulta tanto general como neurológica.*

**E**s bien conocido el hecho de que la cefalea es un padecimiento muy extendido en la población y uno de los principales motivos de consulta tanto general como neurológica. Tan alta incidencia tiene importantes repercusiones económicas, dado que provoca ausentismo laboral, pero también altera la esfera doméstica y su dinámica familiar a causa de los trastornos psicológicos que sufren los pacientes con cefalea.<sup>13</sup>

Algunas veces el estudio de la cefalea puede ser sencillo, no obstante, si se revisa la clasificación de la cefalea y los criterios diagnósticos para cada entidad propuestos por la Sociedad Internacional de Cefalea en 1998, es claro que resulta bastante complejo. Incluso en dicho documento, que pretende ser lo más exhaustivo posible, se incluye al final el rubro de "cefalea no clasificable". Por supuesto, un paso fundamental en el abordaje inicial de un caso de cefalea, especialmente si es aguda, es la detección de la causa orgánica que requiera de tratamiento inmediato; una vez descartada esta posibilidad, se dispone de un poco más de tiempo para realizar un análisis más detallado. No debe olvidarse que la correcta identificación de cada entidad determinará el éxito o fracaso de cualquier tratamiento. El presente trabajo se enfoca a una de las cefaleas de presentación más frecuente, la de tipo tensional.

## Epidemiología

La prevalencia de la cefalea es muy alta, se sabe que sólo del dos al cinco por ciento de las personas no ha sufrido cefalea en su vida (Espir, Thomason). Otros estudios reportan que su frecuencia es de 1.3 a 65 ➔

## Bibliografía

1. Sánchez-Migallón, Galiano M, Fernández Y. La cefalea en la consulta de neurología general. Neurología 2000;15:274-277.
2. Pajarón E, Lainez JM, Monzón MJ, Barra J, Peiró C, Sancho J. Validez de los criterios de clasificación de la International Headache Society para la migraña, cefalea de tensión episódica y cefalea tensional crónica. Neurología 1999;14(6):283.
3. Marcus DA, Scharff L, Mercer S, Turk DC. Musculoskeletal abnormalities in chronic headache: a controlled comparison of headache diagnostic groups. Headache 1999;39:21-27.
4. Poser CM. The types of headache that affect the elderly. Geriatrics 1976;31(9):103-106.
5. Dalessio DJ. Diagnosing the severe headache. Neurology 1994;44(suppl3):S6-S12.
6. Marcus DA, Scharff L, Turk D. Longitudinal Prospective Study of Headache During Pregnancy and Postpartum. Headache 1999;39:625-632.
7. Chabriat H, Dancho J, Michel P, Joire JB, Henry P. Precipitating factors of headache. A prospective study in a national controlled survey in migraineurs and nonmigraineurs. Headache 1999;39:335-338.
8. Schulmann EA, Silberstein SD. Symptomatic and prophylactic treatment of migraine and tension-type headache. Neurology 1992;42(suppl2):16-21.
9. Mannix LK, Chandukar RS, Rybicki L, Tusek DL, Solomon GD. Effect of guided imagery on quality of life for patients with chronic tension-type headache. Headache 1999;39:326-334.
10. Tachtenberg DE. Tension headache: Relieving pain without creating dependence. Postgraduate medicine 1994;95(6):44-56.
11. Ruoff GE. Headache in elderly patients: How to recognize and manage benign types. Postgraduate medicine 1993;94(8):109-121.
12. Welch KMA. Headache. En: Bonica's management of pain. Lippincott Williams & Wilkins 2000;1867-894.
13. Guitea V, Gutiérrez E, Muñoz P, Castillo J, Pascual. Alteraciones de la personalidad en la cefalea crónica diaria: un estudio en la población general. Neurología 2001;16:11-16.

por ciento en varones, y de 2.7 a 86 por ciento en mujeres, y que, al parecer, su incidencia aumenta en relación con el nivel de escolaridad en ambos sexos (Matuja WBP).

Como motivo de consulta, la cefalea tiene una incidencia de 16 a 30 por ciento (Sánchez-Migallón); algunos autores han encontrado un mayor porcentaje de cefalea tensional,<sup>1,2,10</sup> aunque otros consideran que la migraña es más común. Desafortunadamente en nuestro país no se cuenta con estadísticas precisas acerca de la frecuencia de este problema.

### Fisiopatología

No se han identificado plenamente las causas de la génesis y el mantenimiento de la cefalea tensional; sin embargo, se acepta que su origen es multifactorial. Anteriormente se postulaba como principal mecanismo la contractura de los músculos pericraneales. Se ha encontrado que existen anomalías posturales en pacientes con cefalea tensional (comparados con los controles sanos), así como una mayor tendencia a presentar puntos gatillo en músculos del cuello;<sup>3</sup> en los pacientes ancianos la contractura muscular comúnmente se debe a osteoartritis cervical.<sup>4</sup>

En investigaciones retrospectivas se ha observado que en las mujeres la cefalea tiende a mejorar dependiendo del aumento de los niveles de estrógenos, y a empeorar con la disminución de éstos. Un estudio prospectivo se enfocó al comportamiento de las cefaleas crónicas durante el embarazo, y se encontró la asociación ya descrita, principalmente para migraña y cefalea tensional combinada con migraña.<sup>6</sup> Otros factores que contribuyen en forma decisiva son el estrés, fatiga, hábitos de sueño y alimentación inadecuados, las infecciones agregadas e incluso las condiciones climáticas.<sup>7</sup>

### Diagnóstico y Criterios para su Clasificación

Los criterios propuestos por la Sociedad Internacional de Cefalea aún son vigentes, al menos con fines de investigación; no obstante, se debe recordar que además de la utilización de éstos, es esencial realizar exploración neurológica de todo paciente con cefalea a fin de excluir causas orgánicas. En la mayoría de los casos de cefalea crónica, el examen físico y neurológico es normal,<sup>5</sup> por lo que no es recomendable el uso rutinario de estudios de imagen.

La cefalea tensional se encuentra, junto con la migraña y la cefalea en racimos, en el grupo de cefaleas primarias, es decir, aquellas que no son ocasionadas por alguna enfermedad o entidad subyacente. Llama la atención que, durante su evaluación inicial, muchos pacientes son clasificados incorrectamente, lo cual lleva a un tratamiento inadecuado. Esto, a su vez, puede conducir al enfermo al abuso de analgésicos, con lo que las características de la cefalea se modifican, dificultando su tratamiento posterior.

Las pautas de identificación de la cefalea tensional se muestran en el Cuadro 1. En primer término, se distingue entre cefalea tensional episódica, que afecta por menos de 180 días al año, y cefalea tensional crónica, que se presenta con mayor frecuencia que la anterior; estas distinciones son arbitrarias y han sido establecidas por consenso.

En cuanto a las características del dolor, prácticamente se hace un diagnóstico por exclusión al considerar como criterios la ausencia de elementos que sugieran una cefalea vascular: el dolor debe ser más bien opresivo, no pulsátil; la localización debe ser bilateral, no agravarse con el esfuerzo y de intensidad leve a moderada.

La exploración física debe incluir palpación de los músculos craneales para buscar puntos

## Cuadro 1. Cefalea de Tipo Tensional

- 2.1 Cefalea tensional episódica (anteriormente conocida como cefalea por contractura muscular, cefalea por estrés, etc.).
- 2.2 Cefalea tensional crónica
- 2.3 Cefalea tensional que no cumple todos los criterios

### *Criterios Diagnósticos de la Cefalea Tensional Episódica*

- A. Al menos 10 episodios de cefalea que cumplan los criterios de B a D.  
Número de días con dicha cefalea < 180 por año
- B. Cefalea que dura de 30 minutos a 7 días
- C. Al menos dos de las siguientes características del dolor:
  - 1. Dolor de calidad opresiva (no pulsátil)
  - 2. Intensidad leve o moderada
  - 3. Localización bilateral
  - 4. No se agrava al subir escaleras o con la actividad física rutinaria similar.
- D. Ambas de las siguientes:
  - 1. No se acompaña de náusea o vómito (puede ocurrir anorexia).
  - 2. Sólo está presente la fotofobia o la fonofobia, o las dos ausentes.

### *Criterios Diagnósticos de la Cefalea Tensional Crónica*

Los mencionados anteriormente

Número de días con dicha cefalea > 180 por año

*Fuente: Comité para la Clasificación de la Cefalea, 1988.*

dolorosos, de igual forma que en los músculos de cuello, entre ellos los paraespinales y el trapecio. Es importante palpar el área temporomandibular para detectar problemas de maloclusión y de la arteria temporal para identificar arteritis, así como percutir los senos paranasales o explorarlos por transiluminación; se explora también el rango de movilidad de la articulación temporomandibular, la postura y rangos de movilidad cervicales.<sup>5,10,11</sup>

Aparentemente el diagnóstico es sencillo, pero es conveniente mencionar que en gran

parte de los pacientes se combinan dos o más clases de cefalea, de ahí que los criterios diagnósticos pueden corresponder a más de una de ellas. En un estudio<sup>2</sup> efectuado en 1999 se encontró que el valor predictivo de estos criterios por sí solos es muy bajo. La posible causa de esto es, como se refirió anteriormente, que los pacientes pueden presentar criterios de más de un tipo de cefalea; además, estos criterios se basan principalmente en el interrogatorio y resulta difícil hallar datos a la exploración física para corroborar con certeza el diagnóstico. ➔

## Tratamiento

Al tratarse de un problema de etiología multifactorial, la terapéutica de la cefalea tensional también debe contemplar varios enfoques: el manejo psicológico, la terapia física y la farmacoterapia. Es importante hacer énfasis en los dos primeros rubros, así como en la mejoría de los hábitos de alimentación y de sueño, evitando lo más posible el uso de medicamentos, dado el riesgo de producir dependencia de ellos a causa de la cronicidad del problema, a menos que la intensidad del dolor y las repercusiones que tenga en la vida diaria del paciente obliguen a lo contrario.

Entre las herramientas del tratamiento psicológico están las terapias de relajación, biorretroalimentación, hipnosis e imaginación guiada, efectivas para disminuir la frecuencia de las crisis y mejorar la calidad de vida de los pacientes.<sup>8,9</sup> De igual forma, se debe intentar la eliminación de los factores precipitantes que se hayan identificado.<sup>10</sup>

La terapia física puede incluir los tratamientos con ultrasonido o estimulación eléctrica; se recomienda el uso de calor o frío local, masaje, rutinas de estiramiento (*stretching*) y ejercicios aeróbicos.<sup>8</sup>

En cuanto al abordaje farmacológico, éste puede ser sintomático o profiláctico. El tratamiento sintomático más recomendable se basa en antiinflamatorios no esteroideos, con la finalidad de evitar la dependencia de otro tipo de medicamentos, especialmente en la cefalea crónica.

Los AINE's más comunes son el ácido acetilsalicílico, ibuprofeno y paracetamol, pero se puede obtener alivio del dolor con otros grupos de AINE's empleándolos de acuerdo a las condiciones generales del paciente y tomando en cuenta la potencia analgésica relativa y contraindicaciones.<sup>10,11,12</sup>

El tratamiento profiláctico consta de múltiples alternativas y se utiliza particularmente en la cefalea tensional crónica. En primer lugar están los antidepresivos tricíclicos (nortriptilina 10 a 25 mg/día, amitriptilina 10 a 50 mg/día e imipramina 10 a 50 mg/día); hay que tener en cuenta y notificar al paciente sobre los posibles efectos colaterales de tales fármacos (aun empleados a dosis bajas) como la xerostomía, retención urinaria y mareo. La fluoxetina es un antidepresivo que produce menos efectos colaterales que los tricíclicos y puede indicarse cuando los primeros están contraindicados; se emplea a dosis de 20 a 80 mg/día.<sup>8,10,12</sup>

Otro de los grupos de medicamentos sugeridos son los beta bloqueadores (propranolol, 40 a 320 mg/día o atenolol, 50 a 150 mg/día). El principal problema que se deriva de su uso es la dosificación insuficiente, además de las contraindicaciones conocidas que pueden agravar los estados de insuficiencia cardiaca congestiva, asma y diabetes.<sup>8</sup>

Es conveniente diseñar un esquema ordenado de tratamiento para los pacientes con cefalea tensional tanto episódica como crónica, con el objetivo de conseguir resultados más congruentes.<sup>13</sup> Aunque es difícil lograr un consenso a nivel internacional sobre lo anterior, si se considera la opinión y la discusión entre el equipo multidisciplinario involucrado en la terapéutica (médicos, psicólogos y terapeutas físicos) y se reportan la experiencia y hallazgos de cada unidad hospitalaria periódicamente, quizá sea posible simplificar las opciones de abordaje para esta patología tan común, que en ocasiones puede representar un verdadero problema terapéutico. **DOLOR**