

## CONTROVERSIAS DIAGNÓSTICAS EN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CEFALEAS, III EDICIÓN

SEBASTIAN VILLATE<sup>1</sup>, FEDERICO BUONANOTTE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sanatorio Allende Sede Cerro de las Rosas,  
<sup>2</sup>Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina

**Dirección postal:** Sebastian Villate, Lote 2, Manzana 67, Barrio Lo Árboles, Valle Escondido, 5003 Córdoba, Argentina

**E-mail:** sebastianvillate@hotmail.com

**Recibido:** 19-I-2023

**Aceptado:** 21-VI-2023

### Resumen

La revisión consideró los puntos de conflicto que pueden llevar a confusión en el uso diario de la clasificación internacional de las cefaleas (ICHD-III). Se evaluaron tanto las controversias al momento de confeccionar los criterios como las superposiciones producidas tras su utilización en la práctica diaria, argumentado a través de bibliografía científica.

Como puntos relevantes, la anamnesis de un paciente con cefalea debe indicar la intensidad del dolor como así también la duración del episodio doloroso y si su localización es estrictamente unilateral. Estos puntos podrán ser de ayuda en los casos de dolor moderado que no cumplan en forma absoluta los criterios para ninguna de las cefaleas primarias, dilema frecuente en la práctica diaria.

**Palabras clave:** clasificación internacional de las cefaleas III edición, conflictos, controversias, áreas problemáticas, superposición clínica

### Abstract

*Diagnostic controversies on the International Classification of Headache Disorders, III Edition*

The review considered points of conflict that may lead to confusion in the daily use of the International Classification of Headache Disorders (ICHD-III). Both the controversies at the time of preparing the criteria and the overlaps produced after their use in daily

practice were evaluated, argued through scientific bibliography.

As relevant points, the anamnesis of a patient with headache should indicate the intensity of the pain as well as the duration of the painful episode and if its location is strictly unilateral. These points may be helpful in cases of moderate pain that do not fully meet the criteria for any of the primary headaches, a frequent dilemma in daily practice.

**Key words:** international headache classification III edition, conflicts, controversies, problem areas, clinical overlap

### PUNTOS CLAVE

- La cefalea de tipo tensional y la migraña comparten casos de dolor de moderada intensidad.
- La cefalea cervicógena, la atribuida a trastornos de la articulación temporomandibular y la de tipo tensional, tienen en común la reproducción de dolor al manipular músculos pericraneales.
- La principal superposición entre cefaleas primarias y secundarias se encuentra en el capítulo de otras cefaleas primarias.
- Las cefaleas trigémico autonómicas se diferencian entre sí por el número de episodios de dolor y la duración de los mismos.

- La cefalea por abuso de medicamentos debe descartarse en casos persistentes antes de intentar clasificar la cefalalgia.

Las clasificaciones de las enfermedades, por sus rasgos clínicos, representan una herramienta útil en la práctica diaria. En el caso de las cefaleas, la Sociedad Internacional de Cefalea (*International Headache Society*, IHS) pudo unificar criterios diagnósticos que han sido revisados a través de las distintas ediciones. Pese a esto, la práctica diaria nos muestra lo complejo que puede ser el abordaje de un cuadro como es el dolor, por lo tanto, conocer la clasificación resulta de mucha ayuda, pero no siempre es suficiente ante el caso individual.

El objetivo de la siguiente revisión consiste en comentar algunos puntos de conflicto o superposiciones que puedan llevar a confusión en el uso diario de la clasificación.

## Métodos

Se realizó una búsqueda en PubMed y Tripdatabase utilizando distintas combinaciones con las siguientes palabras en inglés “International Headache Classification III edition”, “conflicts”, “controversies”, “problem areas”, “clinical overlap” tanto en el título como en el resumen. Posteriormente a la eliminación de los duplicados, se hallaron 131 artículos. Se seleccionaron 85 relevantes que luego de evaluar la elegibilidad de estos mediante el acceso al texto completo se utilizaron 36 estudios para dicha revisión.

Los artículos que fundamentaron esta revisión son en su mayoría aquellos que describen puntos problemáticos de la clasificación en sus distintas secciones; la mayoría de estos se tratan de opiniones de expertos en el área. Debido a esto, consideramos que dicho artículo presenta sesgo de limitación en base de datos utilizadas en la búsqueda.

## Controversias entre migraña y cefalea de tipo tensional

Jes Olesen describe varios puntos por resolver o mejorar en la última clasificación, versión Beta<sup>1</sup>. Uno de estos es la superposición diagnóstica entre cefalea de tipo tensional (CTT) y la migraña sin aura (MSA) con dolor leve<sup>1</sup>. Olesen establece que los pacientes suelen tener ambos trastornos y que en estos casos se debería codificar para la entidad para la que

se cumplen los criterios y no para la categoría probable<sup>1</sup>. Dodick profundiza esto al establecer que los casos complejos son aquellos donde se llega a un diagnóstico de migraña probable o CTT probable debido a que ninguna característica única es necesaria o suficiente para realizar el diagnóstico (se requieren solo dos de los criterios de dolor y un criterio de síntoma asociado)<sup>2</sup>. Este autor ejemplifica lo enunciado al preguntarse cómo se clasificaría a una cefalea opresiva bilateral de intensidad moderada que provoca la evitación de la actividad física de rutina y no se asocia con fotofobia o náuseas ¿migraña probable o CTT probable?<sup>2</sup>.

Este problema se presentó desde la primera edición de la clasificación internacional en el año 1988<sup>3</sup>. En la segunda versión del año 2004 se propusieron futuros direccionamientos para el diagnóstico de CTT, entre estos requerir 3 de 4 características de dolor (localización bilateral, opresivo, no pulsátil, intensidad leve o moderada y no agravado por la actividad física rutinaria)<sup>4</sup>. Esta sugerencia no fue considerada, ya que en la 3era edición se continuó requiriendo solo dos de estas especificaciones, fundamentando que el aumento en la especificidad conseguiría reducir la sensibilidad de los criterios, lo que resultaría en una mayor proporción de pacientes cuyas migrañas solo podrían clasificarse como 2.4 Cefalea de tipo tensional probable o 1.5 Migraña probable<sup>5</sup>.

Waldman en su artículo llamado *Historial de dolor de cabeza dirigido* establece que la MSA y la CTT pueden ser difíciles de distinguir; para poder lograrlo destaca el tiempo que tarda el dolor de cabeza en llegar a su pico máximo y graficar así curvas donde el eje de las ordenadas representa la intensidad del dolor y el de las abscisas el tiempo. La CTT muestra una fase de dolor creciente de inicio subagudo y progresivo que puede durar hasta días, mientras que en la migraña se llega a su intensidad máxima en el transcurso de horas<sup>6</sup>. No hay hasta el momento publicaciones que aborden como distinguir entre los espectros probables de las cefaleas primarias, como así tampoco la proporción que este grupo representa del total de pacientes vistos en un consultorio de cefaleas.

La CTT episódica presenta controversias en cuanto a la construcción de su propio concepto.

Es una cefalea pobremente definida y sus criterios diagnósticos son bastante abiertos y básicamente buscan descartar síntomas acompañantes y características de dolor migrañoso (no pulsátil, no agravada por la actividad física, no hemicránea) y otras cefaleas secundarias<sup>7</sup>. Pese a la necesidad de una definición más clara con características que hagan específico su diagnóstico, sus criterios tuvieron muy pocos cambios a través de las 3 ediciones de las clasificaciones<sup>1</sup>.

Se la propuso inicialmente como resultado de una contracción excesiva de los músculos pericraneales y cervicales, lo que dio lugar al término original “dolor de cabeza por contracción muscular”. La angustia emocional o el estrés generarían “tensión vital” o “tensarían” el cuerpo de alguna forma lo cual posiblemente fundamenta su denominación<sup>7</sup>. El concepto “tensional” solo es utilizado en la bibliografía médica en conjunto como “cefalea tensional”, la palabra aislada no es considerada un descriptor en ciencias de la salud (DeCs).

Debido a este componente de “tensión” ciertas publicaciones consideran que la CTT es un síndrome funcional somático como el colon irritable o la fibromialgia<sup>8-10</sup>; esta apreciación también se respalda al haber superposición diagnóstica entre la CTT y la *cefalea atribuida a trastornos de la articulación temporomandibular (CATTM)* ya que el bruxismo también es considerado un síntoma de somatización<sup>11,12</sup>.

La CATTM entre sus criterios establece la presencia de una cefalalgia que empeora con la parafunción maxilar (bruxar) y la misma clasificación aclara que debido a la tensión muscular, existe un solapamiento entre esta cefalea y la cefalea de tipo tensional; agrega también que cuando el diagnóstico del trastorno temporomandibular no esté claro, la cefalea deberá clasificarse como cefalea de tipo tensional<sup>5</sup>. La evidencia científica establece claras relaciones entre ambas cefaleas, los pacientes que bruxan mientras se encuentran despiertos tienen de 5 a 17 veces más posibilidades de tener dolores de cabeza de tipo tensional<sup>13</sup>.

Desde el año 2004 la clasificación incorpora la *cefalea atribuida a trastornos de somatización (CATS)*. Ésta demanda varios síntomas funcionales y pseudoneuróticos, pero no tiene características de dolor propias<sup>5</sup>. Los pacientes con

cefalalgias y múltiples síntomas disociativos, conversivos o con diagnósticos previos de algún síndrome funcional somático pueden generar confusión con la CATS.

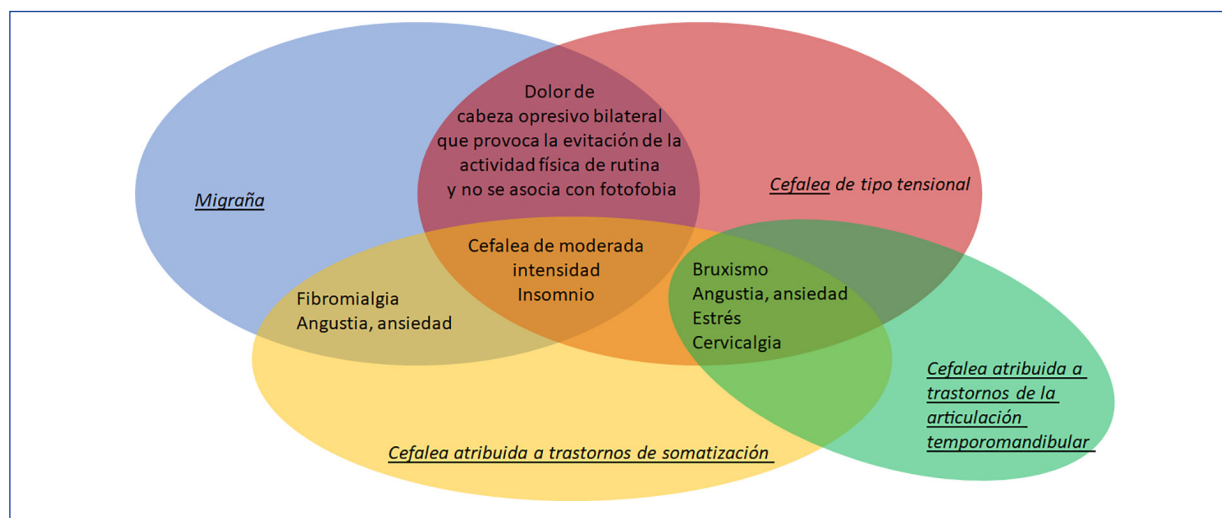
Múltiples autores han reportado una alta prevalencia de migraña en pacientes con fibromialgia, de hecho, también es llamada la migraña del cuerpo<sup>14-16</sup>.

La combinación de un cuadro de migraña probable y fibromialgia que hayan iniciado en forma conjunta podría generar confusión, ya que se cumplirían varios de los criterios requeridos para CATS. Lo mismo ocurriría en un sujeto con CTT probable que se acompaña de múltiples síntomas tensionales y bruxismo que empeora en los momentos de estrés. Según Radat en estos casos el diagnóstico solo puede basarse en la relación temporal entre el dolor de cabeza y un trastorno psiquiátrico concreto diagnosticado, que es muy difícil de evaluar retrospectivamente por su largo historial<sup>17</sup> (Fig. 1).

### Controversias entre cefalea de tipo tensional y cefalea cervicógena

La cefalea cervicógena presenta como primer punto de dificultad una gran heterogeneidad ya que se trata de un síndrome y no una enfermedad<sup>18,19</sup>. Al evaluarla a través de las distintas ediciones se puede observar el persistente intento por demostrar compromiso de estructuras cervicales mediante evidencia clínica y radiológica. La primera clasificación del año 1988 estableció lesiones que podrían generar cefaleas cervicógenas las cuales fueron puestas en duda en la segunda y la tercera versión, pese a esto continúan solicitando estudios de imágenes que confirman trastornos sin saber concretamente cuáles<sup>3,4</sup>. Olesen indica que debería haber requisitos específicos de anomalías orgánicas definidas en el cuello que se vinculen con esta cefalea<sup>1</sup>.

Se puede apreciar como los criterios para la CC se han modificado a través de las versiones sin encontrar aún características propias<sup>1,20</sup>. Tanto en la versión del año 1988 como en la de 2004 se exigía como punto inicial un dolor producido o referido a una región del cuello el cual fue retirado en la clasificación del año 2018 quedando así sin rasgos propios<sup>3-5</sup>. En sus notas indican que las características migrañosas como las náuseas, los vómitos o la foto o fonofobia

**Figura 1** | Los círculos representan las cefaleas, las características que se superponen y comparten se ven solapadas

pueden manifestarse en la CC, aunque a una menor frecuencia, duración e intensidad que en la migraña<sup>5,19</sup>. Por lo tanto no solo carece de rasgos propios, sino que podría confundirse con la migraña. Las últimas 2 ediciones incorporan la mejoría tras el bloqueo anestésico, dicha terapéutica resultó de utilidad en otras cefaleas no siendo exclusivo de la CC. Por último, la relación temporal con el inicio del trastorno cervical o la presentación de la lesión y la cefalea, requerida por la tercera edición, puede ser dificultosa en los casos crónicos.

Los hallazgos clínicos podrían ser los rasgos distintivos de la CC. La 3ra edición toma de la versión de 1988 la reducción en la amplitud de movimientos cervicales y la reproducción del dolor con maniobras de provocación<sup>3,5</sup>. El grupo de estudio de Sjaastad detalla que el diagnóstico debería hacerse mediante la búsqueda de los siguientes puntos: 1) limitación del rango de movimiento en la columna cervical; 2) precipitación mecánica del dolor de cabeza; 3) sensibilidad de las articulaciones facetarias; 4) sensibilidad de los músculos del cuello y 5) prueba del pliegue de piel. Los autores refieren que los primeros 2 puntos son esenciales y que las pruebas de reproducibilidad demostraron una consistencia relativamente alta. Si bien los criterios establecidos por Sjaastad no agregan características clínicas del dolor, en apartados de su publicación

indica que en ningún momento cambia de lado y que este se irradia de la parte posterior a la anterior<sup>21</sup>.

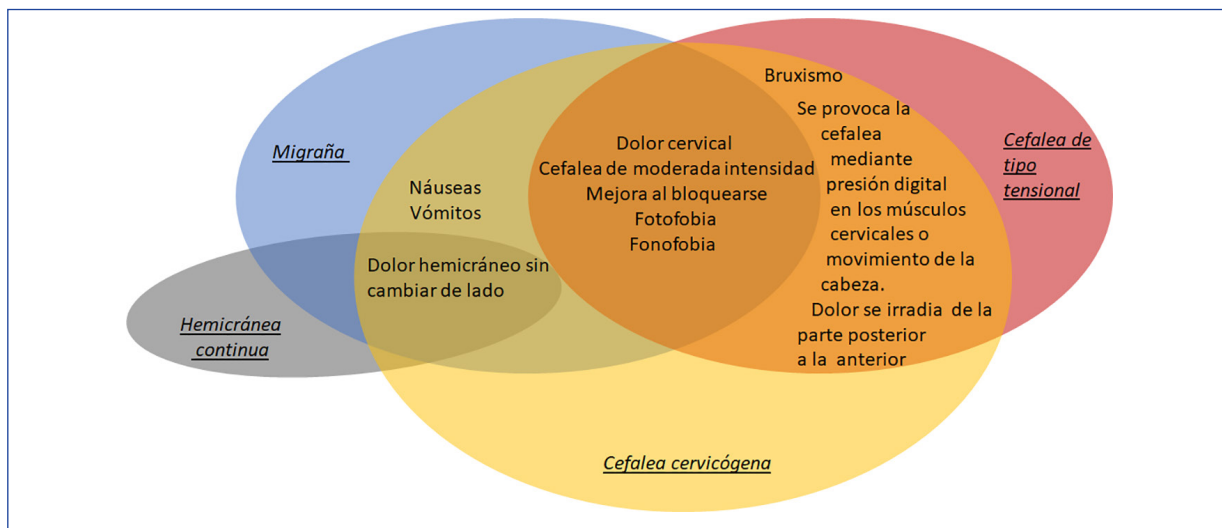
Dentro de las maniobras de provocación se destaca la compresión de los músculos cervicales. La clasificación establece entre sus notas que cuando el causante sea el dolor miofascial cervical, la cefalea debería clasificarse como cefalea de tipo tensional. Debido a esto en el apéndice se incorpora la cefalea atribuida a trastorno cervical (A11.2) la cual no presenta criterios propios, sino que se divide en 2 subsecciones: cefalea atribuida a radiculopatía de la región cervical superior (A11.2.4) y cefalea atribuida a dolor miofascial en región cervical (A11.2.5)<sup>5</sup>. (Fig. 2)

Nuevamente los espectros de cefaleas probables generan mayor confusión al no reunir todos los criterios; el desafío diagnóstico es aún mayor cuando la cefalea, como es el caso de la CC, no tiene características propias.

### Cefalea aguda atribuida a traumatismo craneoencefálico

Las cefaleas atribuidas al impacto o injuria de la cavidad craneana se componen de un grupo de cefalalgias sin características clínicas distintivas que pueden simular cefaleas primarias, es por esto que los criterios exigen el antecedente traumático dentro de los 7 primeros días desde que ocurrió el traumatismo y no más de tres

**Figura 2** | Los círculos representan las cefaleas, las características que se superponen y comparten se ven solapadas



meses para los casos agudos, de superarse este tiempo serán persistente<sup>5</sup>.

Uno de los primeros puntos que ha generado controversia fue el tiempo de corte en que debe aparecer el dolor. Este umbral de 7 días solo busca establecer relación causal entre la lesión y la posterior aparición de dolor de cabeza y fue establecido en base a la opinión de expertos, es por esto que algunos autores han argumentado que el umbral debe extenderse a 14 días, que fue el punto de corte original definido en ICHD-I. Debido a esto, la ICHD-III ha definido los criterios del apéndice para el inicio tardío de la cefalea postraumática aguda entre 7 días y 3 meses después de la lesión<sup>5, 3, 22</sup>.

Ashina y su grupo de trabajo exponen en primer orden la ausencia de manifestaciones clínicas que sugieran una cefalea postraumática, de hecho, en la ICHD-III esta cefalea se la describe como “cualquier cefalea.” En segundo lugar, la cefalea postraumática persistente no se define por ningún umbral de frecuencia de cefalea, por lo tanto, se podría asignar el diagnóstico de cefalea postraumática persistente a un paciente con un día mensual de cefalea de intensidad leve y a un paciente con 30 días mensuales de dolor de cabeza de intensidad moderada a grave<sup>23</sup>.

Olesen establece que en la clasificación falta la cefalea atribuida a un traumatismo craneoencefálico insignificante el cual no estaría incluido

en la definición de un traumatismo craneoencefálico leve. Concluye que la cefalea atribuida a un traumatismo insignificante debería incluirse en el capítulo 5 de una futura edición (Olesen 2014<sup>1</sup>). La ICHD-III también hace mención a la falta de evidencia acerca de los traumas insignificantes pero repetitivos como por ejemplo en los jugadores de rugby<sup>5</sup>.

Por último, el diagnóstico de la cefalea postraumática en personas con una cefalea primaria preexistente; solo se le puede asignar un diagnóstico de cefalea postraumática si la cefalea preexistente claramente empeora en estrecha relación temporal con la lesión. Este empeoramiento generalmente implicaría al menos una frecuencia o gravedad de la cefalea duplicada, o ambas cosas<sup>23, 24</sup>. En presentaciones como estas en donde existe una alta frecuencia de días con dolor debe confirmarse siempre la presencia o no de cefalea por abuso de medicación<sup>23, 25</sup>.

La cefalea postraumática es la principal cefalea secundaria en cuanto a prevalencia y al igual que la CC describe un síndrome y no una etiología<sup>26</sup>.

### Otras cefaleas primarias

En esta sección se agrupan distintas situaciones no necesariamente relacionadas, las cuales comparten criterios basados en la intensidad, factores gatillantes y duración del dolor<sup>2</sup>.

Las reducidas exigencias en cuanto a sus criterios, crítica reportada de dicha sección, sumado a la ausencia de características clínicas propias hacen de este grupo un diagnóstico de descarte<sup>1,2,27</sup>. La cefalea tusígena debe ser estudiada debido a la posibilidad de una lesión en la fosa posterior, más a menudo una malformación de Chiari tipo I o secundaria a trastornos en la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR)<sup>5,8</sup>.

Entre los criterios de *Cefalea atribuida a malformación de Chiari tipo I* figura que la aparición de la cefalea guarda una relación temporal con la malformación de Chiari tipo I, o condujo a su descubrimiento<sup>5</sup>. Este criterio es de dificultosa interpretación porque no hay forma de saber el tiempo que la malformación lleva vigente en un paciente, principalmente en los casos donde no se aprecia siringomielia ni daño de estructuras del tronco. El segundo requerimiento en cuanto a los criterios menciona la remisión de la cefalea en un período de 3 meses después del tratamiento eficaz de la malformación de Chiari tipo I<sup>5</sup>. La eficacia del tratamiento puede generar dilemas ya que solo el 7% requirió cirugía<sup>28</sup> y aquellos que recibieron tratamiento farmacológico con indometacina observaron mejoría en un 38% de las cefaleas atribuidas a Chiari tipo I<sup>29</sup>.

Diversos trabajos intentan diferenciar si el dolor de cabeza se debe o no a la malformación de Chiari en casos de cefaleas asociadas a manobra de Valsalva. La cefalea tusígena secundaria se observa con mayor frecuencia en pacientes mayores de 50 años de edad, donde el dolor sea a predominio occipital, dure más de un año, se presente con otros síntomas o signos neurológicos y si su respuesta a la indometacina es nula<sup>29</sup>.

Suponiendo que se encuentre una malformación de Chiari en el contexto de una cefalea tusígena, no es indicativo de que sea secundaria, ya que esta afección puede ser asintomática. Es por esto que se han definido hallazgos imagenológicos vinculados con el dolor producido por dicha malformación; como un descenso de las amígdalas superior a 12 mm, las mismas adquieren forma puntiaguda, apiñamiento de las estructuras neurales y el borramiento de las cisternas retrocerebelosas<sup>30</sup>. Estos hallazgos pueden visualizarse también en casos de hipotensión de líquido cefalorraquídeo LCR, es por esto que la clasificación establece que las alteraciones en la presión

del LCR deben descartarse en todos los pacientes con cefalea y malformación de Chiari tipo I<sup>5</sup>.

La cefalea diaria persistente de *novo* (CDPN) describe un cuadro de dolor persistente, el cual no desaparece desde su instalación, por más de 3 meses en forma continua.<sup>5</sup> Generalmente el paciente con dicha cefalalgia tiende a recordar claramente el inicio del cuadro.

Con su incorporación a la clasificación del año 2004, se generó una problemática al superponerse con la CTT especialmente en su forma crónica, es por esto que la nueva clasificación del año 2018, como en varias de las otras cefaleas primarias, no se menciona la descripción clínica del dolor y solo fundamenta su diagnóstico con su claro inicio y persistencia<sup>4,5</sup>.

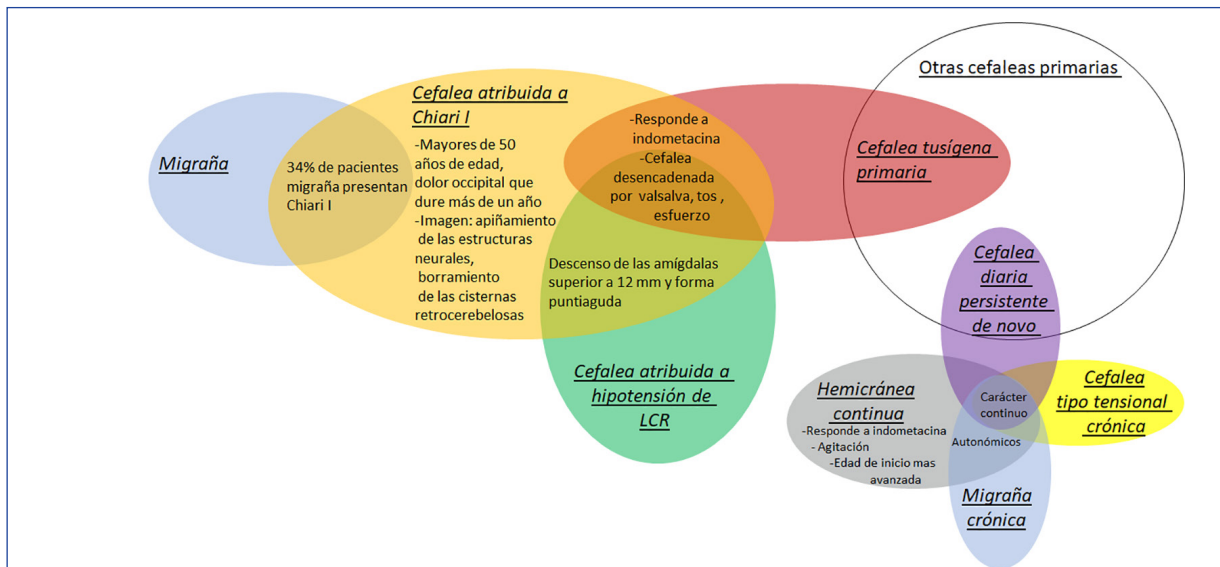
El punto de mayor dificultad se establece al momento de distinguir entre una CDPN y la hemicránea continua, y a su vez con la migraña crónica. La clasificación establece que en caso de que se cumplan los criterios de CDPN y hemicránea continua, este último será el diagnóstico por defecto<sup>5</sup>.

Un dato que puede ser de ayuda en su diagnóstico es que aproximadamente el 50% de los pacientes con CDPN recuerdan un evento desencadenante, con mayor frecuencia un cuadro gripal viral, eventos estresantes o un procedimiento<sup>31</sup>; entonces ¿se trata de una cefalea primaria? (Fig. 3).

### Cefaleas trigémino autonómicas

Entre estas entidades clínicas, pueden generarse confusiones, por ejemplo, en el caso de la cefalea en racimos (CR), la neuralgia del trigémino y hemicránea paroxística (HP). La cefalea de Horton y la HP episódicas se diferencian principalmente en la frecuencia de episodios, raramente una CR tiene más de 5 ataques de dolor al día que pueden durar entre 15 y 180 minutos, mientras que la HP tiene de 1 a 40 episodios y su duración es de 2 a 30 minutos. En el caso de la HP predomina en mujeres, puede ser gatillada por movimientos en el cuello y tiene buena respuesta a la indometacina. Ambas cefaleas pueden presentarse juntamente con una neuralgia del trigémino (síndrome clúster-tic, síndrome hemicránea paroxística crónica-tic) aunque esta última presenta características distintivas como la duración de los paroxismos (más cortas, segundos a minutos) y pueden ser desencadenados

**Figura 3** | Los círculos representan las cefaleas, las características que se superponen y comparten se ven solapadas. Las características que distinguen una cefalea de otra se aprecian dentro de círculos pero sin superposición



por estímulos inocuos dentro de la distribución del trigémino afectado<sup>5</sup>. Por lo establecido anteriormente, la neuralgia del trigémino generada por la afeción de la rama oftálmica guarda mucha similitud con la *Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración con síntomas autonómicos craneales* (SUNA)<sup>2</sup>.

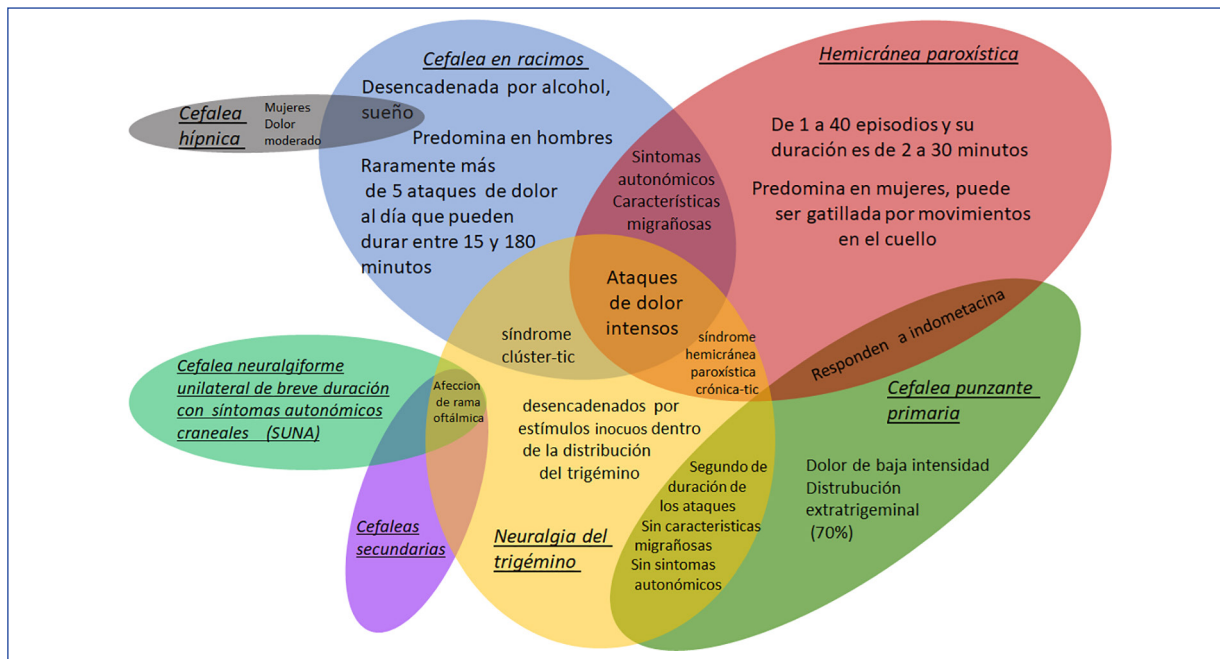
Los criterios pueden generar aún más conflicto en los casos de CR y HP en sus variantes crónicas principalmente con la cefalea hemicránea continua (HC) sin remisión. La HC se caracteriza por un dolor constante al cual se le superponen ataques de minutos u horas. Un estudio retrospectivo evaluó las características clínicas de la HC y la HP. Destacan que la hemicránea paroxística y la hemicránea continua fueron similares en la mayoría de las características del dolor y síntomas autonómicas, aunque el dolor de la HP mostró ser de mayor intensidad. Además, en el serial estudiado, 5 pacientes se transformaron de HP a HC, y 3 pacientes en forma inversa, con lo cual los autores concluyen que estas cefalalgias no son exclusivas y pueden transformarse entre sí<sup>32</sup>.

El principal diagnóstico de superposición con la HC es la migraña, más aún en su variante crónica; hasta el 71% de los pacientes con HC pueden cumplir los criterios de diagnóstico de migraña durante las exacerbaciones<sup>33</sup>. Estos errores diagnósticos pueden fundamentarse porque la HC, a

diferencia de las otras TACs, puede acompañarse de síntomas como fotofobia o fonofobia<sup>5</sup>, alrededor del 25 al 56% de los pacientes con migraña pueden presentar síntomas autonómicos<sup>34</sup> y hasta el 26% de estos puede tener dolor siempre en la misma región hemicraneal<sup>35</sup>. Las características clínicas que caracterizan la diferencia de la HC de la migraña incluyen una edad de inicio más avanzada, dolor diario continuo, características autonómicas craneales ipsilaterales y agitación durante los ataques. La inquietud o agitación puede ser el mejor dato clínico para diferenciar la HC de la migraña. La respuesta a los medicamentos utilizados anteriormente (aparte de la indometacina) también puede brindar algún aporte. Por lo general, la HC no responde a otros medicamentos que no sean la indometacina. Por lo tanto, si un cuadro de migraña no ha mostrado respuesta a ningún antimigrañoso u otros medicamentos, se debe reconsiderar el diagnóstico y pensar en un diagnóstico alternativo como la HC. Por último, un subconjunto de pacientes con HC pueden mostrar una respuesta a varios otros medicamentos, pero habrá una recaída inmediata de los síntomas al omitirlos<sup>33</sup>.

Las TACs deben ser estudiadas ya que pueden tener causas secundarias (bucle vascular, anomalías hipofisarias), las cuales han sido reportados en su mayor parte en los casos de SUNA<sup>2</sup>. (Fig. 4)

**Figura 4** | Los círculos representan las cefaleas, las características que se superponen y comparten se ven solapadas. Las características que distinguen una cefalea de otra se aprecian dentro de círculos pero sin superposición. SUNA: *Short-lasting unilateral neuralgiform headache with autonomic symptoms*



### Cefalea por abuso de medicamentos versus cefaleas primarias crónicas

La cefalea por abuso de medicamentos (CAM) describe un cuadro en donde la cefalalgia se presenta al menos 15 días al mes en pacientes con una migraña preexistente y se demuestra un sobreuso de uno o más medicamentos abortivos del dolor durante más de 3 meses<sup>5</sup>.

Se genera una controversia, porque la CAM puede suprimir los síntomas característicos de la migraña complejizando así el diagnóstico de la cefalea primaria, requisito necesario para poder ser considerada una CAM. Debido a esto si no se constata el abuso, o se piensa primariamente en éste, podría malinterpretar el cuadro<sup>36</sup>.

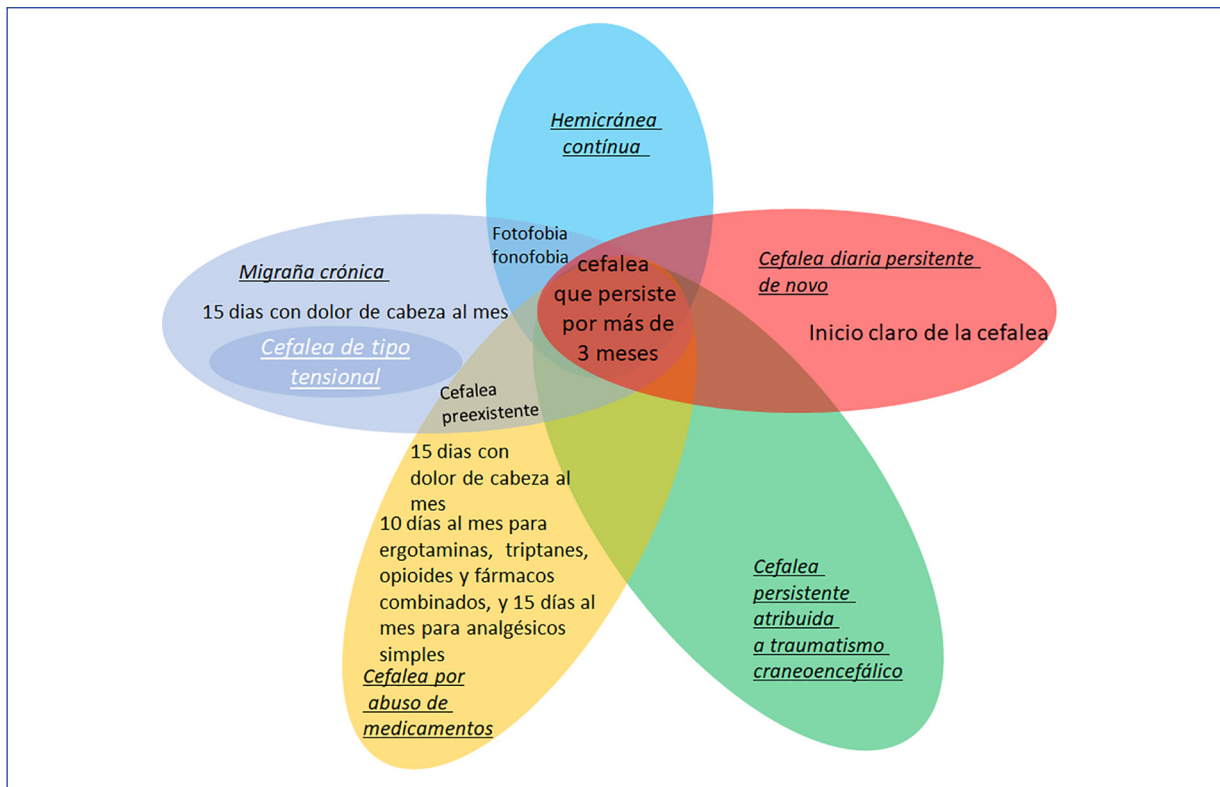
La superposición diagnóstica se evidencia principalmente con la migraña y la CT de tipo crónicas, de hecho, la clasificación establece que a los pacientes con una cefalea primaria preexistente pueden presentar también abuso de medicación, pero deberán desarrollar un nuevo tipo de cefalea o un empeoramiento de sus síntomas previos. Este es un punto debatido ya que en la segunda edición de la clasificación el abuso era un criterio de exclusión de migraña crónica y debía distinguirse entre una u otra<sup>4,5,20</sup>.

La migraña crónica (MC) es una tercera forma de migraña, cuando antes se consideraba una complicación de la migraña y, a diferencia de la ICHD-II en donde se especificaba que solo los pacientes con migraña sin aura podían presentar una migraña crónica, para la ICHD-III es indiferente la presencia de aura o no para poder ser incluido en el diagnóstico de MC<sup>20</sup>.

Son varios los puntos polémicos de esta nueva entidad; primero, la CTT se engloba en los criterios de MC y un agregado establece que tanto la cefalea crónica de tipo tensional como la migraña crónica precisan que la cefalea se presente al menos durante 15 días al mes, por lo tanto, un paciente que presente cefalea durante 25 días al mes y cumpla los requisitos de migraña durante 8 días y los de cefalea tensional durante 17 días cumpliría criterios para ambas cefaleas. En este caso debería asignar el diagnóstico de migraña crónica. Segundo, el criterio C.3: *En el momento de la aparición el paciente cree que es migraña, y se alivia con un triptán o derivados ergóticos*; introduce una valoración subjetiva de los pacientes padecedores del dolor en la conformación de criterios científicos o basados en las opiniones de expertos<sup>5,20</sup>. (Fig. 5)



**Figura 5** | Los círculos representan las cefaleas, las características que se superponen y comparten se ven solapadas. Las características que distinguen una cefalea de otra se aprecian dentro de círculos pero sin superposición



### Conclusión

Si bien la clasificación de las cefaleas ha contribuido enormemente a la práctica clínica, caracterizando estos cuadros dolorosos, la superposición diagnóstica se puede apreciar en múltiples capítulos y esto queda evidenciado entre las notas de las distintas versiones de la

clasificación. La clínica no siempre se alinea con los criterios para un diagnóstico. Conocer los puntos fuertes y débiles es parte de los requisitos necesarios para una correcta interpretación de una clasificación.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

### Bibliografía

- Olesen J. Problem areas in the International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta). *Cephalalgia* 2014; 34: 1193-9.
- Dodick D. Diagnosing secondary and primary headache disorders. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2021; 27: 572-85.
- ICHD-I. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 1st edition. *Cephalalgia* 1988; 21: 1-156.
- ICHD-II. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 21: 1-183.
- ICHD-III. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38: 1-211.
- Waldman S. Targeted headache history. *Med Clin North Am* 2013; 97: 185-95.

7. Kaniecki R. Tension-type headache. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2012; 18: 823-34.
8. Pascual JC, Castaño J, Espluga N, Díaz B, García-Ribera C, Bulbena A. Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2008; 130:281-5.
9. Wessely S, White P. There is only one functional somatic syndrome. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 95-6.
10. Guzmán Guzmán R. Trastorno por somatización: su abordaje en atención primaria. *Rev Clin Med Fam* 2011; 4: 234-43.
11. Alfano CA, Bower JL, Meers JM. Polysomnography-detected bruxism in children is associated With Somatic complaints but not anxiety. *J Clin Sleep Med* 2018; 14: 23-9.
12. Frugone Zambra RE, Rodríguez C. Bruxismo. *Av. Odontostomatol* 2003; 19-3: 123-30.
13. Réus JC, Polmann H, Mendes Souza BD, et al. Association between primary headache and bruxism: An updated systematic review. *J Oral Facial Pain Headache* 2021; 35: 129-38.
14. Marchesonia C, Federico Buonanotte F, Rey R. Fibromialgia para neurólogos. Controversias sobre una consulta frecuente. *Neurol Arg* 2013; 5: 8-15.
15. Marcus D, Bernstein C, Rudy T. Fibromyalgia and headache: an epidemiological study supporting migraine as part of the fibromyalgia syndrome. *Clin Rheumatol* 2005; 24: 595-601.
16. Nicolodi M, Sarzi Puttini S, Sicuteri F. Fibromyalgia sufferers are headache sufferers. *Cephalalgia* 1995; 15: 16-20.
17. Radat F, Milowska D, Valade D. Headaches secondary to psychiatric disorders (HSPD): A retrospective study of 87 patients. *Headache* 2011; 51:789-95.
18. Fredriksen TA. Cervicogenic headache: Invasive procedures. *Cephalalgia* 2008; 28: 39-40.
19. Sjaastad O. Cervicogenic headache: the controversial headache. *Clin Neurol Neurosurg* 1992; 94: 147-9.
20. Belvís R, Mas N, Roig C. Novedades en la reciente Clasificación Internacional de las Cefaleas: clasificación ICHD-III beta. *Rev Neurol* 2015; 60: 81-9.
21. Sjaastad O, Bakkeiteig LS. Prevalence of cervicogenic headache: Vaga study of headache epidemiology. *Acta Neurol Scand* 2008; 117: 173-80.
22. Chantel Long M. Headache: Posttraumatic headache. *FP Essent* 2018; 473: 26-31.
23. Ashina H, Eigenbrodt A, Seifert T, et al. Post-traumatic headache attributed to traumatic brain injury: classification, clinical characteristics, and treatment. *Lancet Neurol* 2021; 20: 460-9.
24. Menon DK, Schwab K, Wright DW, Maas AI. Position statement: definition of traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91: 1637-40.
25. Diener HC, Dodick D, Evers S, et al. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *Lancet Neurol* 2019; 18: 891-902.
26. Silverberg ND, Iverson GL. Expert panel survey to update the american congress of rehabilitation medicine definition of mild traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2021; 102: 76-86.
27. Burch R. Migraine and tension-type headache: diagnosis and treatment. *Med Clin North Am* 2019; 103: 215-33.
28. Abu-Arafeh I, Campbell E. Headache, Chiari malformation type 1 and treatment options. *Arch Dis Child* 2017; 102: 210-1.
29. Alvarez R, Ramón C, Pascual J. Clues in the differential diagnosis of primary vs secondary cough, exercise, and sexual headaches. *Headache* 2014; 54: 1560-2.
30. Bezuidenhout AF, Chang YM, Heilman CB, Bhadelia RA. Headache in Chiari malformation. *Neuroimaging Clin N Am* 2019; 29: 243-53.
31. Rozen T. The three T's of NDPH (how clinical observations have led to improved treatment outcomes). *Headache* 2019; 59: 1401-6.
32. Paliwal VK, Uniyal R, Aneez A, Singh LS. Do paroxysmal hemicrania and hemicrania continua represent different headaches? A retrospective study. *Neurol Sci* 2019; 40: 2371-6.
33. Prakash S, Adroja B. Hemicrania continua. *Ann Indian Acad Neurol* 2018; 21: 23-30.
34. Parisa G, Cairns B. Dysautonomia in the pathogenesis of migraine. *Expert Rev Neurother* 2018; 18: 153-65.
35. Prakash S, Rathore C. Side-locked headaches: an algorithm-based approach. *J Headache Pain* 2016; 17: 95.
36. Diener H, Holle D, Solbach K, Gaul C. Medication-overuse headache: risk factors, pathophysiology and management. *Nat Rev Neurol* 2016; 12: 575-83.