

Otras cefaleas primarias

Other primary headaches

Joe Fernando Muñoz Cerón

RESUMEN

El capítulo de otras cefaleas primarias, abarca un grupo de cefaleas descritas como desórdenes clínicos heterogéneos. Aunque estas entidades no son frecuentemente encontradas en el escenario clínico es relevante conocer los aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, clínicos y de tratamiento concernientes.

Una de las características de mayor relevancia en este grupo está dado por el pobre entendimiento de los mecanismos fisiopatológicos y por las recomendaciones terapéuticas basadas en reportes anecdóticos por lo tanto la Asociación internacional de dolor de cabeza estimula la investigación de estas entidades en pro de adquirir un mayor grado de comprensión de este tipo de cefaleas.

Presentamos una revisión de los principales artículos relacionados con hemicrania continua, cefalea hipócnica, cefalea primaria por tos, cefalea primaria relacionada con actividad sexual, cefalea primaria por ejercicio, cefalea primaria tipo punzada, cefalea primaria tipo trueno y nueva cefalea diaria persistente.

PALABRAS CLAVES: cefalea hipócnica, cefalea sexual, indometacina, otras cefaleas primarias, cefaleas raras.

(Joe Fernando Muñoz Cerón. Otras cefaleas primarias. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:S93-S101).

SUMMARY

This chapter, other primary headaches, encompasses a group of headaches that are described as heterogeneous clinical disorders. Although these entities are not frequently seen in the setting of general consultation, it is relevant to know the most important aspects related to epidemiology, clinical manifestations, pathogenesis and treatment.

One of the most relevant features of this group is that pathogenesis and suggested treatments are based in hypothetical descriptions and anecdotal reports therefore the International headache association aims to stimulate further investigations of these entities in order to get broader comprehension of this group.

We review recent important papers pertaining to hemicrania continua, hypnic headache, primary cough headache, primary headache related to sexual activity, primary exertional headache, primary stabbing headache, primary thunderclap headache and new daily persistent headache.

KEY WORDS: hypnic headache, Indomethacin, other primary headaches, sexual headache, rare headaches.

(Joe Fernando Muñoz Cerón. Other primary headaches. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:S93-S101).

INTRODUCCIÓN

Conforman el grupo 4 de las cefaleas primarias según la clasificación IHS-2004. Se caracterizan por su heterogeneidad clínica que hace necesario descartar siempre la presencia de otras alteraciones como causa secundaria de la cefalea. El desconocimiento fisiopatológico y la mayor prevalencia en el

género masculino de algunas de estas entidades son otras características relevantes de este capítulo.

HEMICRÁNEA CONTINUA

Es una entidad poco frecuente, recientemente descrita (1984), con una casuística cercana a 100 reportes hasta 2006. De acuerdo a la nueva

Recibido: 09/07/08. Revisado: 11/07/08. Aceptado: 23/07/08.

Joe Fernando Muñoz Cerón, Neurólogo, Organización Sánitas. MEDERI, Hospital mayor, Universidad del Rosario.

Correspondencia: joe.munoz12@urosario.edu.co

clasificación IHS se incluye dentro de las “otras cefaleas primarias” sin hacer parte de las cefaleas trigeminales debido a su carácter continuo a pesar de su presentación típica en paroxismos.

Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Criterios IHS 2004

- A. Cefalea continua durante tres meses que cumple con los criterios B y D
- B. Todas las siguientes características.
 - Dolor unilateral sin cambio de lado.
 - Diaria, continua sin períodos libres de dolor.
 - Intensidad leve a moderada con períodos de exacerbación severa.
- C. Al menos uno de los siguientes signos autonómicos en el lado del dolor
 - Inyección conjuntival y/o lagrimeo
 - Congestión nasal y/o rinorrea
 - Ptosis y/o miosis
- D. Respuesta completa a la indometacina
- E. No relacionada con otro trastorno.

La hemicránea continua es una entidad que se caracteriza por la presencia de dolor continuo unilateral de intensidad leve a moderada con exacerbaciones sin un factor desencadenante específico, de 20 minutos a varios días de duración. Es más prevalente en las mujeres con una proporción de 2,4/1. La edad promedio de aparición es 49 años.

Estas exacerbaciones se acompañan de signos autonómicos locales de menor intensidad que los que se presentan en las cefaleas trigeminales, describiéndose que menos del 30 por ciento de los pacientes presenta inyección conjuntival, rinorrea, congestión nasal, miosis o ptosis. Síntomas como lagrimeo, náuseas, fotofobia y fonofobia aparecen hasta en el 50 por ciento de los casos. El dolor no empeora con la maniobra de Valsalva, posiciones específicas o el ejercicio. La duración de las exacerbaciones es de 1-2 horas.

A diferencia de las entidades incluidas en las cefaleas trigeminales la localización del dolor en la rama V1 no es típica, y se puede localizar en la región occipital y cuello.

Los diagnósticos diferenciales son la neuralgia del supraorbitario, la cefalea disautonómica postraumática y los trastornos de la articulación temporomandibular. Es posible confundirla con la cefalea hipóptica y la cefalea en racimos debido a las exacerbaciones nocturnas.

Fisiopatología: se ha considerado esta entidad como un punto intermedio entre las cefaleas trigeminales y la migraña. Lo anterior es sustentado por evidencias a través de la tomografía de emisión de positrones (PET) de activación de la región hipotalámica posterior contralateral (común en las trigeminales) y la región dorsal del puente ipsilateral (común en la migraña).

Tratamiento: la indometacina administrada por vía oral o intramuscular es el tratamiento más efectivo con una respuesta dramática en menos de 24 horas. Las dosis se pueden ajustar de acuerdo a la intensidad del dolor, desde 25 mg interdiarios hasta 250 mg/día. La suspensión del tratamiento se acompaña de períodos variables de latencia de reaparición de los síntomas. La falta de respuesta terapéutica debe alertar a la búsqueda de cefaleas secundarias.

En todos los casos de dolor unilateral crónico se recomienda realizar una prueba terapéutica con indometacina.

Otras alternativas con las cuales se han descrito resultados parciales son los triptanes, el ácido acetilsalicílico (ASA), el piroxicam, la melatonina y el ibuprofeno.

Cefalea hipóptica

Es una entidad rara (70 casos a 2003), descrita en 1988, de reciente inclusión en la clasificación internacional de las cefaleas IHS 2004. La edad promedio de aparición es a los 66 años, y es más frecuente en el género femenino. Corresponde al 0,07 por ciento de todos los pacientes que consultan por cefalea a las clínicas especializadas.

Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Criterios diagnósticos IHS 2004

- A. Cefalea de carácter sordo que cumple con los criterios B y D.
- B. Aparece únicamente durante el sueño, haciendo que los pacientes se levanten.
- C. Reúne al menos dos de los siguientes criterios:
 - Se presentan por lo menos 15 episodios por mes.
 - Cada episodio dura 15 minutos o más.
 - El primer ataque comienza después de los 50 años.
- D. Ausencia de síntomas autonómicos, máximo uno de los siguientes, fotofobia, fonofobia o náuseas.
- E. No está relacionada con otros desórdenes.

En la mayoría de los casos el dolor descrito en este tipo de cefalea es de intensidad moderada o severa y de carácter pulsátil u opresivo. Su localización es global en 61 por ciento de los pacientes y con menor frecuencia es lateralizado o alternante; en promedio se presenta un episodio por noche con una duración de 15-180 minutos.

El dolor aparece entre la primera y cuarta hora de sueño y es muy raro que los ataques comiencen antes o después de este lapso. No se describen factores desencadenantes específicos.

Aunque raras veces, es posible encontrar síntomas acompañantes como náuseas sin emesis, fonofobia o fotofobia leve. También se han descrito signos y síntomas autonómicos en algunos pacientes, por lo cual es importante diferenciarla de la hemicránea continua y la cefalea en racimos. Se recomienda la realización de neuroimágenes para el estudio diagnóstico de esta entidad.

Fisiopatología: se ha postulado que la cefalea hipócnica es un trastorno asociado con el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR) debido a la relación anatómica de este periodo con estructuras específicas del puente y el mesencéfalo. Esta conexión fisiopatológica se planteó teniendo en cuenta la inactividad del locus ceruleus y el rafe dorsal durante el sueño MOR y su papel antinociceptivo.

Existen además hipótesis relacionadas con la presencia de desórdenes respiratorios durante el sueño los cuales pueden desencadenar ataques en el sueño MOR y no MOR, planteando hipótesis alternas a la relación exclusiva con el sueño MOR.

Otro componente en el mecanismo de la cefalea hipócnica vincula la secreción alterada de melatonina y la disfunción de los núcleos supraquiasmáticos, factores que se correlacionan con la aparición horaria específica del dolor y su adecuada respuesta al litio, sustancia que aumenta la producción de melatonina.

Tratamiento: el medicamento de elección es el carbonato de litio como preventivo en dosis de 150-900 mg. Otras alternativas son: una a dos tazas de cafeína antes de dormir, topiramato, pregabalina, pizotifeno, verapamilo y acetazolamida. Se ha informado que la indometacina es útil especialmente en pacientes con dolor unilateral. Existen reportes de mejoría en pacientes en quienes se demostraron trastornos respiratorios del sueño a través del uso de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP).

Cefalea primaria por tos

Antes de las publicaciones de Symonds y Rooke en las décadas de los 50 y 60 se consideraba que toda cefalea asociada a maniobras de Valsalva tenía un origen estructural. Después de estas publicaciones se planteó el término “benigno” para aquellos cuadros en los cuales no se demostró ninguna lesión a través de neuroimágenes.

En la actual clasificación de la IHS, publicada en 2004 se adoptó el término de cefalea primaria por tos para aquellos síndromes de dolor craneofacial que no están asociados con una causa estructural.

Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Criterios diagnósticos IHS 2004

- A. Cefalea que cumple con los criterios B y C.
- B. Inicio súbito con duración de 1 seg, hasta 30 minutos.

C. Es provocada por la tos, por otras maniobras de estiramiento o por la maniobra de Valsalva.

D. No asociada a otros desórdenes.

Se estima una prevalencia de 0,4-1 por ciento; es más frecuente en el género masculino con un promedio de edad de 76 años. La duración de este tipo de síndrome puede ser desde dos meses hasta dos años. Aunque se han descrito series de cefaleas que empeoran en forma significativa con la tos, se considera que este fenómeno debe ser el desencadenante y no la causa del empeoramiento. En caso contrario se deben sospechar etiologías secundarias.

El tipo de dolor descrito es bilateral en el 90 por ciento, de tipo sordo e inicio abrupto, de intensidad moderada a severa, localizado en las regiones de la línea media del cráneo. Algunos pacientes lo describen como de menor incidencia cuando se despiertan y al mantener una posición supina. No tiene asociación con síntomas como náuseas, emesis, fotofobia o fonofobia. Otros factores desencadenantes son los estornudos, la limpieza nasal, la risa y la defecación. No es desencadenado por el ejercicio prolongado.

Pascual et al., identificaron a la edad temprana y la duración prolongada como los principales factores sugestivos de etiología secundaria.

Los principales diagnósticos diferenciales de la cefalea asociada a la tos son: disección carotídea, disección vertebrobasilar, malformación de Chiari tipo I, hematoma subdural, platibasia y neoplasias cerebrales.

El estudio diagnóstico de estos pacientes siempre debe incluir una resonancia magnética cerebral. Las prácticas de ultrasonido carotídeo y estudio angiográfico se recomiendan de acuerdo a cada caso individual.

Fisiopatología: como sucede con las demás nuevas cefaleas primarias incluidas en la clasificación 2004, no hay claridad respecto a su fisiopatología. Se han considerado múltiples factores dentro de los cuales sobresalen el aumento de la presión intracraneana derivado de cambios en la presión intraabdominal y torácica. Además, a partir de las intervenciones sobre la sustancia gris periacueductal se ha pensado que hay una sensibilización de los

receptores relacionados con la serotonina que probablemente están localizados en los vasos venosos. Estas observaciones están a favor de la respuesta alcanzada con medicamentos como la indometacina, la ergotamina y la acetazolamida.

Tratamiento: la primera estrategia terapéutica debe estar dirigida a resolver la causa de la tos. Teniendo en cuenta la corta duración de los episodios se recomienda más el uso de tratamientos preventivos que abortivos.

Indometacina: es útil en dosis hasta de 250 mg, su mecanismo de acción está relacionado con la disminución de la presión intracraneana.

Acetazolamida: se pueden utilizar dosis hasta de 2000 mg, su efectividad está relacionada con la inhibición de la anhidrasa carbónica.

Metoclopramida: un estudio piloto demostró el control del dolor y una disminución de los paroxismos de tos a través de la liberación de endorfinas mediada por un aumento de la producción de arginina vasopresina.

Otras opciones: topiramato, naproxeno, propranolol, metisergida, dihidroergotamina, punción lumbar, y disminución del flujo carotídeo a través de la presión ocular bilateral sostenida.

Cefalea primaria asociada con actividad sexual

Aunque ha sido mencionada desde tiempos de Hipócrates, la entidad fue reconocida formalmente a partir de las descripciones hechas en los años 70 por Kriz y Paulson. Su aparición está relacionada con la actividad sexual, y la intensidad del dolor aumenta en la medida en que aumenta el grado de excitación, o en forma explosiva al alcanzar el orgasmo. La clasificación IHS-2004 la divide en cefalea preorgásmica y orgásmica.

Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Criterios diagnósticos IHS 2004

Cefalea preorgásmica

A. Dolor cefálico o en el cuello asociado con contracción de los músculos de la mandíbula o del cuello, que cumple con el criterio B.

- B. Sobreviene con la actividad sexual y aumenta con la excitación.
- C. No atribuida a otros desórdenes.

Cefalea orgásmica

- A. Cefalea explosiva que cumple con el criterio B.
- B. Sobreviene durante el orgasmo.
- C. No atribuida a otros desórdenes.

Es una entidad más común en los hombres con una proporción de 3/1, siendo más frecuente en la edad reproductiva (media, 38 años). Aparece en brotes que pueden durar desde 2 días hasta 18 meses, acompaña al 20-50 por ciento de las relaciones sexuales, y es constante en una pequeña proporción de pacientes. Se estima en el 1 por ciento de las cefaleas y se considera que está subregistrada teniendo en cuenta la vergüenza que probablemente genera el hecho de consultar por este tipo de dolor.

Tiene una alta comorbilidad con la migraña, la cefalea tipo tensión y la cefalea por ejercicio.

El dolor es de alta intensidad, bilateral en el 67 por ciento de los casos, de localización variable, más frecuente en la región occipital, o global, de carácter pulsátil o sordo y en algunos casos es de tipo punzada. La duración es un criterio no definido aún por la IHS y se describen episodios desde 1 minuto hasta 24 horas con un promedio de 30 minutos, teniendo en cuenta que el periodo de mayor severidad no sobrepasa las cuatro horas. Se puede acompañar de náuseas, sensación de vértigo y cambios en el estado de ánimo. En el 93 por ciento de los casos el dolor se presenta durante las relaciones sexuales con un compañero, describiéndose también con la actividad sexual masturbatoria. El 40 por ciento de los pacientes refiere que el dolor desaparece al interrumpir la relación sexual.

Fisiopatología: algunas hipótesis están relacionadas con la actividad simpática desencadenada en la actividad sexual, estos planteamientos se asocian con los registros de hipertensión arterial y taquicardia que se encuentran en un porcentaje de los pacientes examinados. Adicionalmente se ha visto una relación con los procesos cognoscitivos

en la fisiopatología de la cefalea orgásmica a través de la medición de potenciales evocados. Se postula también la presencia de vasoespasma como parte de la fisiopatología de esta entidad.

Tratamiento: medidas no farmacológicas: considerando que la mayoría de los pacientes presenta dolor remanente después de los ataques, el cual se incrementa fácilmente al tener nuevamente relaciones sexuales; se recomienda abstenerse de una nueva actividad hasta lograr un control total del dolor, y asumir un papel pasivo en el desarrollo de la actividad sexual.

Medidas farmacológicas: indometacina 25-50 mg, 30-60 minutos antes de la relación. Otras opciones son diltiazem, propranolol, nimodipino. Existen reportes de casos de profilaxis con rizatriptán y naratriptán antes de la actividad sexual.

Cefalea primaria por ejercicio

Este tipo de dolor de cabeza representa uno de los más frecuentes en este nuevo grupo de cefaleas primarias incluidas en la clasificación IHS 2004. Se ha reportado una frecuencia hasta del 12 por ciento en estudios poblacionales con una preponderancia de mujeres sobre hombres. Es más prevalente en adultos jóvenes. Coexiste con la migraña en el 46 por ciento de los casos.

Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Criterios IHS 2004

- A. Cefalea pulsátil que cumple los criterios B y C.
- B. Duración desde 5 minutos hasta 48 horas.
- C. Se presenta únicamente durante o después del ejercicio.
- D. No se asocia a otro trastorno.

El dolor es descrito como de tipo pulsátil, global, en la mitad de los pacientes es leve y le siguen en frecuencia el dolor moderado y severo. Es posible determinar múltiples actividades desencadenantes en las cuales el común denominador es la presencia de un esfuerzo importante durante un tiempo prolongado, no necesariamente maniobras de

Valsalva. La duración total de esta entidad puede ser desde períodos menores de 2 años hasta de más de 40 años, siendo la más frecuente de 5-9 años. Aunque el mayor porcentaje de las series está representado por una etiología primaria, en todos los casos es importante descartar un origen secundario intra o extracraneano, como el infarto del miocardio.

Se han descrito numerosas actividades que pueden desencadenar este tipo de cefalea, dentro de las cuales se mencionan el fútbol, el atletismo, el levantamiento de pesas, el boxeo y la natación.

Fisiopatología: no se conoce el mecanismo de la enfermedad, se ha propuesto que uno de los factores responsables es la hiperventilación, la cual produce hipocapnia y vasoconstricción, generando disminución de flujo e hipoxia, que desencadenarían los procesos fisiopatológicos del dolor.

Tratamiento: el uso profiláctico de indometacina en dosis de 25-75 mg produce una mejoría completa o parcial en el 86 por ciento de los pacientes en un periodo de una a cuatro semanas. Otras opciones son el propranolol, la ergotamina y la flunarizina.

Cefalea tipo punzada (*stabbing headache*)

La entidad fue descrita en 1964, es más frecuente en las mujeres con una edad promedio de aparición de 47 años. Se puede presentar como un síndrome aislado o ser acompañante de migraña, cefalea en racimos, cefalea tipo tensión, cefalea cervicogénica, hemicránea continua o hemicránea paroxística crónica.

Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Crterios IHS 2004

- A. Cefalea que se presenta como punzada o sucesión de punzadas y cumple con los criterios B y D.
- B. Exclusiva o predominante en el territorio de la primera rama del nervio trigémino.
- C. Los síntomas tiene una duración de segundos y recurren una o varias veces al día.

D. No se acompaña de otros síntomas.

E. No se relaciona con otros trastornos.

Corresponde a un tipo de cefalea de localización focal o multifocal, predominante en el territorio del trigémino (usualmente orbitario), de muy corta duración, habitualmente entre 1 y 10 segundos, es descrita como punzadas, choques eléctricos, o dolor agudo de alta intensidad. Se presenta con una frecuencia variable (1-50 ataques diarios), o en una sucesión de múltiples ataques que pueden ser interpretados como un ataque único de mayor duración. Pueden existir síntomas acompañantes como vértigo, sensación de cuerpo extraño intraocular y hemorragia conjuntival.

Se presenta en forma aleatoria en el día o en la noche. En el 14 por ciento de los pacientes los ataques pueden cursar en forma crónica.

Aunque en la mayoría de los pacientes esta cefalea aparece sin factores desencadenantes, en algunos se ha descrito su inicio después de un ataque cerebrovascular, infecciones por herpes o trauma.

Fisiopatología: se han postulado como probables mecanismos de esta entidad algunos fenómenos irritativos del nervio trigémino y del nervio occipital mayor asociados con alteraciones en los mecanismos inhibitorios centrales de dolor.

Tratamiento: la indometacina en dosis de 75 mg día ha demostrado un control total del dolor en el 35 por ciento de los casos con beneficio parcial y ausencia de efecto en proporciones similares. Otras opciones son los inhibidores COX-2 y el gabapentin en dosis de 800 mg día.

Cefalea primaria en trueno (*thunderclap headache*)

El término se utilizó inicialmente para referirse a los pacientes con dolor de cabeza sugestivo de ruptura de un aneurisma sin demostrarse la presencia de este. Es más frecuente en mujeres con una edad entre 40 y 60 años en el momento del diagnóstico.

Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Criterios IHS 2004

- A. Cefalea severa que cumple con los criterios B y D.
- B. Debe tener las siguientes características:
 - 1. Cefalea que alcanza su máxima intensidad en un tiempo menor a un minuto.
 - 2. Duración entre una hora y diez días.
- C. No recurre en forma regular en las siguientes semanas o meses.
- D. No está relacionada con otros desórdenes.

Todos los pacientes describen el dolor como de intensidad severa, con un promedio de 0,7 ataques por día y una duración promedio de tres días. El dolor es descrito como de tipo explosivo en la mayoría de los casos, o como pulsátil o lancinante en menor proporción.

El dolor es bilateral en el 88 por ciento de los casos con localización vertex-occipital en $\frac{3}{4}$ de los pacientes. Los síntomas acompañantes son en orden de frecuencia: náuseas, fotofobia, fonofobia, vómito, vértigo y dolor de cuello. Es posible determinar factores desencadenantes del dolor en el 88 por ciento de los casos entre los cuales sobresalen: ejercicio, defecación, duchas, rabia, risa, canto, actividades sexuales y tos.

Fisiopatología: se ha relacionado con la presencia de vasoespasmo, que es más frecuente en la arteria cerebral media, y se ha reportado una resolución espontánea del mismo, luego de la mejoría de la cefalea. También se ha sugerido que existen cambios hormonales relacionados.

Tratamiento: después de descartar un origen etiológico secundario se recomienda el nimodipino con una probabilidad de mejoría en el 83 por ciento de los casos.

Nueva cefalea diaria persistente

La entidad fue descrita en 1986, es más frecuente en las mujeres con un pico de incidencia en la segunda y tercera década para el género femenino y en la quinta década para el masculino.

Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Criterios IHS 2004

- A. Cefalea durante más de tres meses que cumple los criterios B y C.
- B. La cefalea no remite desde el inicio del dolor o por lo menos hasta tres días después.
- C. El dolor presenta por lo menos dos de las siguientes características:
 - 1. Localización bilateral.
 - 2. Dolor bilateral opresivo no pulsátil.
 - 3. Intensidad leve a moderada.
 - 4. No empeora con la actividad física.
- D. Dos de las siguientes características:
 - 1. No más de uno de los siguientes síntomas, fotofobia, fonofobia o náuseas leves.
 - 2. No se acompaña de vómito ni náuseas moderadas o severas.
- E. No atribuida a otros desórdenes.

El tipo de dolor referido por este grupo de pacientes es bilateral y en la mayoría de los casos es de localización occipital-cervical de intensidad moderada y de tipo opresivo o pulsátil. En el 74 por ciento de los pacientes el dolor es continuo sin períodos libres del mismo. Es característico además que el 82 por ciento de los pacientes es capaz de evocar el día preciso del inicio del dolor. Se ha encontrado además que el inicio del dolor tiene relación con infecciones virales (virus de Epstein-Barr), cirugías extracraneales y eventos generadores de estrés. Adicionalmente es frecuente encontrar comorbilidad con migraña o cefalea tipo tensión sin identificarse un aumento de la frecuencia o la intensidad de la presentación de las mismas.

Algunos de los síntomas acompañantes en orden de importancia son: náuseas, fotofobia y fonofobia, sensación presincopeal, rigidez de cuello, osmofobia y vértigo.

Los masajes y el reposo son factores que alivian el dolor, y éste empeora con el estrés y la actividad física. A excepción de la sensibilidad cervical el examen de este grupo de pacientes es normal.

Es importante realizar un interrogatorio orientado a descartar el abuso de analgésicos y en el caso de relación con eventos virales es crucial asegurarse de la no existencia de paroxismos de tos como probables causas de desgarros duros desencadenantes de cefalea por hipotensión de líquido cefalorraquídeo.

Fisiopatología: se han planteado hipótesis relacionadas con factores inflamatorios relacionados con infecciones por el virus de Epstein-Barr.

Tratamiento: es uno de los tipos de cefalea de

mayor refractariedad al tratamiento con ausencia de respuesta en el 50 por ciento de los casos. Las opciones terapéuticas están basadas en reportes anecdóticos. Se recomienda el uso de metoclopramida, antiepilépticos, o antidepresivos, y los bloqueos paracervicales. En el 80 por ciento de los pacientes se reporta una resolución espontánea de los síntomas después de dos años de evolución.

Dedicado a Isabela, mi hija quien llegó a este mundo mientras creaba este manuscrito. Mayo 12 de 2007

TABLA 1. OTRAS CEFALÉAS PRIMARIAS.

	Cefalea hípica	Cefalea primaria por tos	Cefalea primaria por actividad sexual	Hemicránea continua	Cefalea primaria por ejercicio	Cefalea primaria tipo tueno	Cefalea tipo punzada (stabbing headache)	Nueva cefalea diaria persistente
Factor desencadenante	ND	Tos, limpieza nasal, risa, defecación etc.	Actividad sexual - Masturbación	ND	Ejercicios prolongados	Defecación, ejercicio, actividad sexual, risa	ACV, infecciones virales	Infecciones virales, stress, cirugías
Edad promedio	Más de	76 a 50 a	38 a	49 a	38	40-60	47	F: Segunda y tercera décadas M: Quinta década
Género	M	M	M	F	M	F	F	F
Duración	15-180 m	1 seg-30 m	1 min-24h	Continua con exacerbaciones de 60-120 m	5m-48h	1h - 10 d	1-10 s	3 meses
Tratamiento Farmacológico	Litio indometacina, cafeína, topiramato, pregabalina y acetazolamida	Indometacina, topiramato, acetazolamida, metoclopramida	Indometacina, diltiazem, triptanes, propranolol, nimodipino	Indometacina triptanes, AINES, ASA, melatonina	Indometacina, propranolol, flunarizina	Nimodipino	Indometacina Inhibidores COX 2, gabapentin melatonina	Antidepresivos, antiepilépticos
ND: no se describe, M: masculino, F: femenino								

LECTURAS RECOMENDADAS

- Boes CJ, Matharu MS, Goadsby PJ. Benign cough headache. *Cephalalgia* 2002; 22:772-779.
- Chen SP, Fuh JL, Lirn JF, Chang FC, Wang SJ. Recurrent primary thunderclap headache and benign CNS angiopathy Spectra of the same disorder? *Neurology* 2006;67:2164-2169.
- Dangond F, Spierings E. Idiopathic Stabbing Headaches Lasting a Few Seconds. *Headache* 1993;

33:257-258.

- Diamond S. Prolonged Benign Exertional Headache: Its Clinical Characteristics and Response to Indomethacin. *Headache* 1982;22:96-98.
- Evan R, Rozen T. Etiology and treatment of new daily persistent headache. *Headache* 2001;41:830-832.
- Evers S, Goadsby P. Hypnic headache Clinical features, pathophysiology, and treatment. *Neurology* 2003;60:905-909.

-
- França MC Jr, Costa ALC & Maciel JA Jr. Gabapentin-responsive idiopathic stabbing headache. *Cephalalgia* 2004; 24:993-996.
 - Frese A, Eikermann A, Frese K, Schwagg S, Husstedt I-W, Evers S. Headache associated with sexual activity: Demography, clinical features and co morbidity. *Neurology* 2003;61:796-800.
 - Frese, Frese K, Schwagg S, Husstedt I-W, Evers S. Cognitive processing in headache associated with sexual activity. *Cephalalgia* 2003; 23:54.
 - Frese A, Gantenbein A, Marziniak M, Husstedt IW, Goadsby PJ, Evers S. Triptans in orgasmic headache. *Cephalalgia* 2006; 26:1458-1461.
 - Gupta VK. Metoclopramide aborts cough-induced headache and ameliorates cough - a pilot study. *Int J Clin Pract* 2006; 1-3.
 - Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl. 7):1±96..
 - Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd Ed. *Cephalalgia* 2004;24(suppl 1):9-160.
 - Indo T, Takahashi A. Swimmer's Migraine. *Headache* 1990;30:485-487.
 - Kriz K. Coitus as a factor in the pathogenesis of neurological complications. *Cesk Neurol Neurochir* 1970;33:162-167.
 - Li D, Rozen TD. The clinical characteristic of new daily persistent headache. *Cephalalgia* 2002;22:66-99.
 - Manni R, Sances G, Terzaghi M, Ghiotto N, Nappi G. Hypnic headache *Neurology*. 2004;62:122-134.
 - Marcelo M, Valenca LP, Bordini CA, et al. Cerebral vasospasm and headache during sexual intercourse and masturbatory orgasms. *Headache* 2004;44:244-248.
 - Pareja JA, Antonaci F, Vincent M. The hemicrania continua diagnosis. *Cephalalgia* 2001;21:940-946.
 - Pareja JA, Ruiz J, De la Isla C, Al Sabbah H, Espejo J. idiopathic stabbing headache (jabs and jolts syndrome). *Cephalalgia* 1996;16:93-96.
 - Pascual J. Primary cough headache. *C headache Rep* 2005; 4:124-128.
 - Paulson GW, Klawans HL. Benign orgasmic cephalgia. *Headache* 1974; 13:181-187.
 - Peres MFP. Hemicrania continua is not that rare. *Neurology*.2001;57:948-951.
 - Sandrini G, Tasorelli C, Ghiotto N, Nappi G. Uncommon primary headaches. *Curr Opin Neurol* 2006; 19:299-304.
 - Sathirapanya P. Anginal cephalgia: a serious form of exertional headache. *Cephalalgia* 2004;24:231-234.
 - Sibon I, Ghorayeb I, Henry P. Successful treatment of hypnic headache syndrome with acetazolamide. *Neurology* 2003;61:1157-1158.
 - Sjaastad O, Bakketeig LS. Exertional headache. I. Vågå study of headache epidemiology. *Cephalalgia* 2002; 22:784-790.
 - Sjaastad O & Bakketeig LS. Exertional headache - II. Clinical features Vågå study of headache epidemiology. *Cephalalgia* 2003; 23:803-807.
 - Solomon S, Dodick DW. Bathing headache: a variant of idiopathic thunderclap headache. *Cephalalgia* 2003;23:53.
 - Takase Y, Nakano M, Tatsumi C, Matsuyama T. Clinical features, effectiveness of drug-based treatment, and prognosis of new daily persistent headache (NDPH):30 cases in Japan. *Cephalalgia* 2004; 24:955-959.