

Principales aspectos de la cefalea tensional y la consulta odontológica

Autoras: Dra. Alicia Kassian Rank

Jefa del Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor del Hospital General de México.

Dra. Virginia Gordillo Álvarez

Anestesióloga-algóloga adscrita a la Clínica del Dolor del Centro Médico Nacional Siglo XXI.



iertas investigaciones reportan dos veces mayor incidencia de cefalea (dolor de cabeza) en individuos con disfunción craneomandibular que en personas que buscan atención dental de rutina. Se ha encontrado que estas cefaleas son de presentación personal y muy subjetiva, y que la hiperactividad muscular es un componente importante en estos pacientes. Debido a que las placas de relajación (oclusales o de bruxismo) han demostrado que reducen la acción aumentada muscular (hiperactividad muscular) y la cefalea, especialmente en pacientes con cuatro o más dolores de cabeza por semana, los estudios sugieren su colocación como tratamiento conservador, reversible y no invasivo en pacientes con factores etiológicos difíciles de identificar y en ausencias de tumores, golpes, malformaciones arteriovenosas, punciones lumbares y demás causas orgánicas obvias.

Para ofrecer un diagnóstico diferencial, creemos conveniente enfocarnos en este artículo a la cefalea tensional. Es 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.¹

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 tratamien-

to. El presente trabajo se centra en 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 2 al 5% de las personas no ha sufrido cefalea en su vida. Otros estudios reportan que su frecuencia es de 1.3 a 65% en varones y de 2.7 a 86% en mujeres, y que, al parecer, su incidencia aumenta en relación con el nivel de escolaridad en ambos sexos.

Como motivo de consulta, la cefalea tiene una incidencia de 16 a 30%; algunos autores han encontrado un mayor porcentaje de cefalea tensional,² 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

Cuadro 1. Cefalea de tipo tensional

- 2.1 Cefalea tensional episódica (anteriormente conocida como cefalea por contractura muscular, cefalea por estrés).
- 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.

(comparados con los controles sanos), así como una mayor tendencia a presentar puntos gatillo en músculos del cuello; en los ancianos la contractura muscular comúnmente se debe a osteoartritis cervical.³

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. 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.⁴

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 una 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, por lo que no es recomendable el uso rutinario de estudios de imagen.

Junto con la migraña y la cefalea en racimos, la cefalea tensional se encuentra 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 modifi-

can, 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 durante 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. ▶

Cuadro 2. Causas de dolor en región dentomaxilofacial

- Cefalea provocada por analgésicos
- Cefalea tensional
- Migraña
- Sinusitis
- Neuropatía
- Estreñimiento
- Procesos infecciosos
- Neoplasias
- Padecimientos dentales como:
 - Odontalgias por caries
 - Problemas pulpares
 - Procesos periodontales
 - Trauma
 - Dientes intruidos
 - Hipersensibilidad de la dentina

La exploración física debe incluir palpación de los músculos craneales para buscar puntos 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 transluminación; se explora también el rango de movilidad de la articulación temporomandibular, la postura y rangos de movilidad cervicales.⁵

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 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 en 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 va-

rios 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 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.¹⁻² De igual forma, se debe intentar la eliminación de los factores precipitantes que se hayan identificado.

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.

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.

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. 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, odontólogos, 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. ∞

Referencias bibliográficas

1. Romero-Sánchez J, Picazo B, Tapia L, Romero-González J, Díaz Cabrera R, Romero-Sánchez I. Efectividad de los estudios de neuroimagen con cefalea. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 487-490.
2. 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):8-96.
3. Rufo M, Rodríguez Collado C, Poyatos JL, Fernández López M, Bueno MG, García Soria E, Peña D, Nieto M. Forma de presentación de las cefaleas. *Rev Neurol* 1996;24:268-272.
4. Navarro FJ, Lluch MD, Roldán S, Ramos I. Valoración de la utilidad de los criterios de la IHS en el diagnóstico de las cefaleas funcionales en la edad pediátrica. *Rev Neurol* 1995;23:760-763.
5. Galiano I, Montiel I, Falip R, Asensio M, Matías-Guiu J. Los factores precipitantes de la migraña. *Rev Neurol* 1995;23:826-829.