

XXX Curso de

CEFALEAS

grupo
de estudio
de cefaleas



21-22
FEBRERO
2025
MADRID



CURSO
SEN

para residentes de
neurología de la **SEN**

BANDERAS

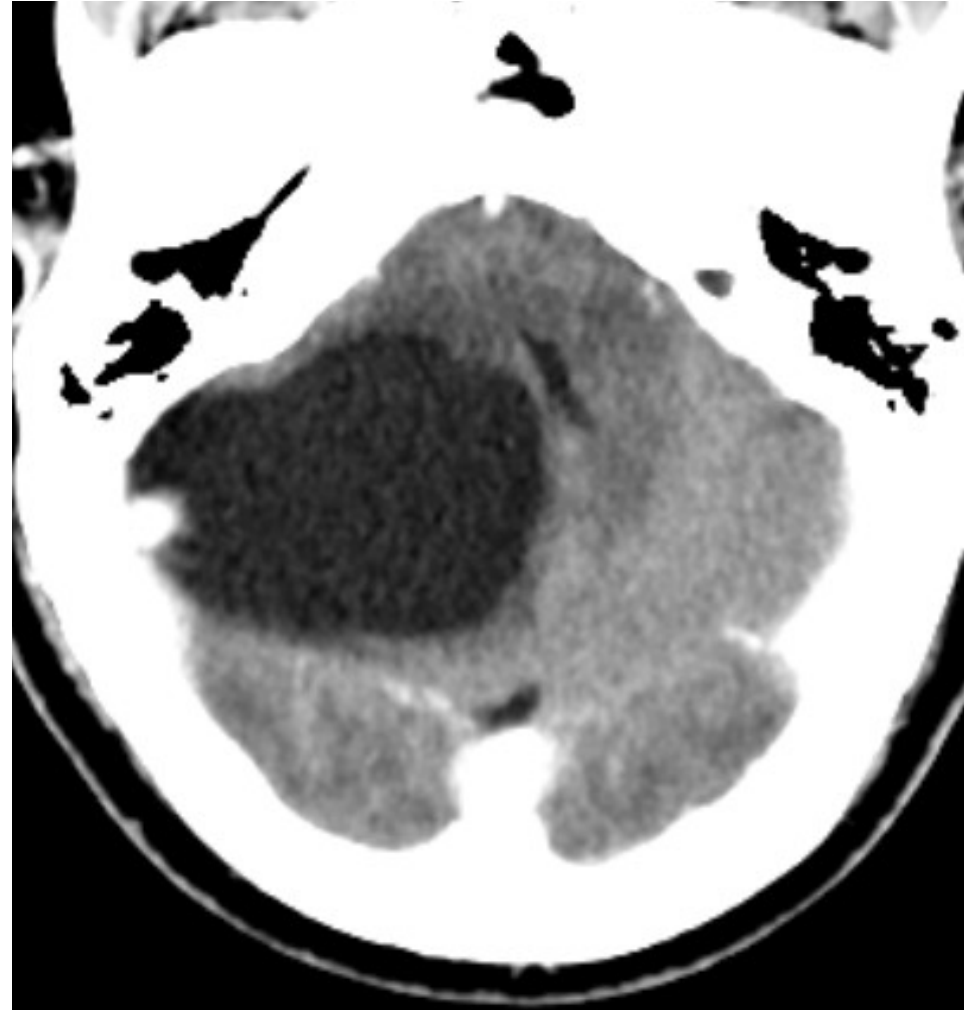
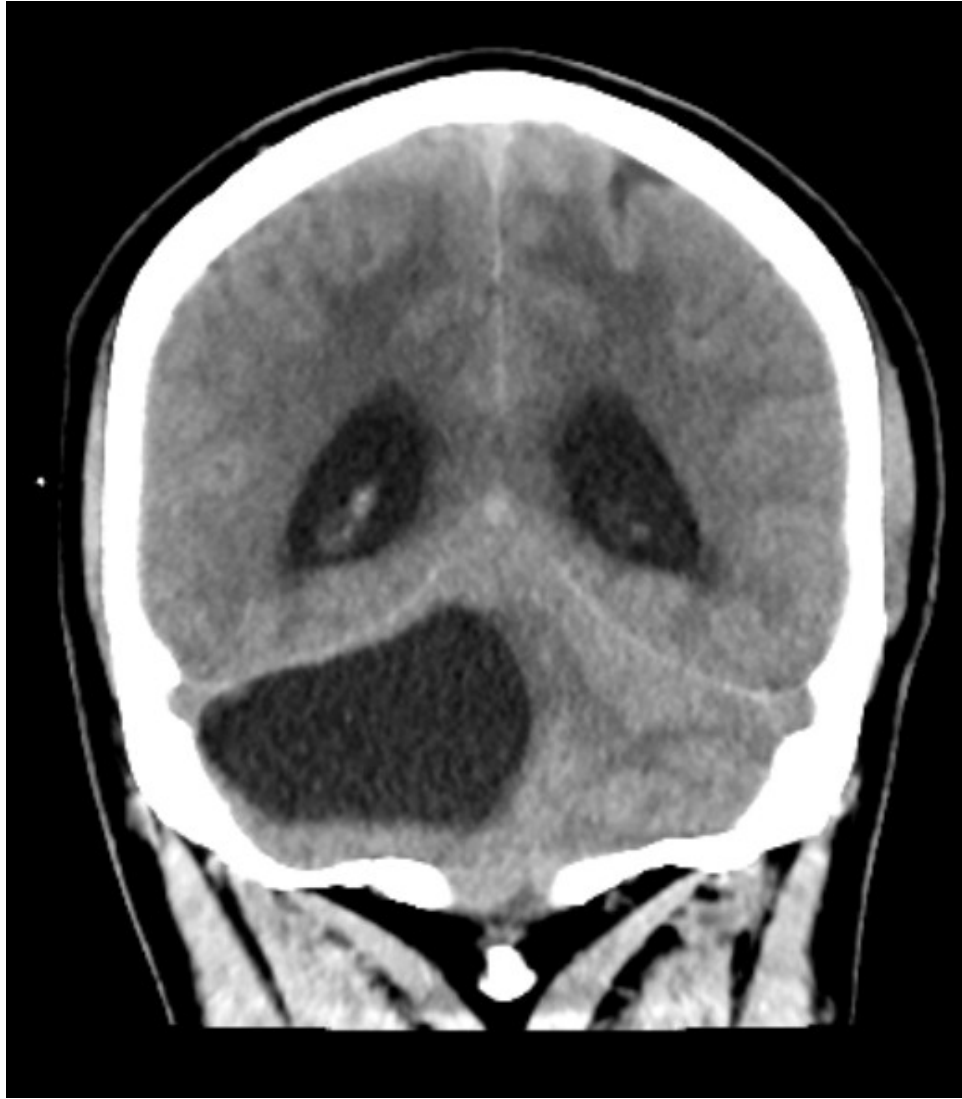
ROJAS:

IDENTIFICANDO CEFALEAS QUE SALVAN VIDAS (DE TI DEPENDE)

Javier Casas Limón

Hospital Universitario Fundación Alcorcón







Migraña crónica
Migraña crónica
Migraña crónica
Migraña crónica
Migraña crónica, bruxismo
Migraña crónica, hija de Méntrida
Migraña
Migraña
Migraña crónica
Migraña
Migraña crónica
Cefalea

Cefalea
Migraña crónica
Migraña crónica
Migraña, insomnio
Migraña crónica
Migraña crónica
Migraña crónica
Migraña crónica
Migraña
Migraña crónica
Migraña crónica
Migraña crónica, VIH
Migraña con aura

Cefalea diaria persistente de novo
Migraña crónica
Cefalea en racimos
Epicrania fugax, neuralgia del supraorbitario
Neuralgia supraorbitario y auriculotemporal, demencia
Migraña crónica
Hemicrania continua?, suegro Pilar
Migraña crónica
Cefalea crónica
Migraña crónica
Migraña crónica
Bruxismo
Migraña crónica, neuralgia del supraorbitario
Migraña
Migraña, bruxismo, enfermera

CRITERIOS DE ALARMA

- Epidemiológicos
 - Inicio reciente en mayores de 50 años
 - Inicio reciente en paciente con neoplasia
 - Inicio reciente en paciente con inmunodepresión
 - Inicio reciente en paciente anticoagulado o con diátesis hemorrágica
 - Inicio reciente en paciente con poliquistosis, conectivopatías, AF de HSA

CRITERIOS DE ALARMA

- Evolutivos
 - Cefalea persistente en paciente sin AP de cefalea
 - Inicio reciente que empeora progresivamente
 - Cefalea que aparece durante el sueño (excluidas migraña, cefalea en racimos e hipópnica)
 - Cambio llamativo y reciente en las características de una cefalea primaria previa, sin causa aparente

CRITERIOS DE ALARMA


- Clínicos
 - Inicio súbito
 - Cefalea brusca explosiva, o inicio tras esfuerzo o Valsalva
 - Vómitos recurrentes no explicados por migraña, o en escopetazo
 - Alteración del estado mental o nivel de consciencia
 - Focalidad neurológica
 - Crisis epilépticas

SNOOP



Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice

SNNOOP10 list

Thien Phu Do, MD , Angelique Remmers, MD, Henrik Winther Schytz, MD, PhD, DMSc, Christoph Schankin, MD, Sarah E. Nelson, MD, Mark Obermann, MD, Jakob Møller Hansen, MD, PhD, Alexandra J. Sinclair, MD, PhD, Andreas R. Gantenbein, MD, and Guus G. Schoonman, MD,

- 18% cefaleas son secundarias
- 8 categorías y 46 subcategorías de cefaleas secundarias en CIC-3
- Estudio a 5 años con 3655 pacientes con cefaleas no agudas, usaron las red flags para determinar si hacer o no neuroimagen
 - 530 (14,5%) se hicieron neuroimagen
 - 11 con anomalías en neuroimagen (2,1% de los escaneados, 0,3% del total)
- Estudio retrospectivo con 360 pacientes con RM por cefalea crónica
 - 0,7% con anomalías relevantes
- Estudio con 402 pacientes con cefalea crónica, 3,7% anomalías en neuroimagen
- Aun con el empleo de red flags, mayoría de neuroimagen normales
- Hay que revisar el valor predictivo de las red flags

SNNOOP10

- **S**ystemic symptoms incluyendo fiebre: infeccioso / inflamatorio
- **N**eoplasm in history: metástasis
- **N**eurologic deficit incluyendo alteración de la conciencia: vascular, LOEs
- **O**nset is sudden: HSA, trombosis de senos, hipotensión LCR, SVCR
- **O**lder age > 65

SNNOOP10

- **P**attern change o inicio reciente
- **P**ositional headache: hipotensión LCR
- **P**recipitated by Valsalva or exercise: Chiari y otras lesiones de fosa posterior
- **P**apiledema: HTIC
- **P**rogressive or atypical: lo malo se disfraza de “tensional”

SNNOOP10

- **P**regnancy or puerperium: preeclampsia, trombosis de senos
- **P**ainful eye with autonomic features: CTA
- **P**ostrumatic
- **P**athology of the immune system such as VIH: infecciones oportunistas, linfoma, LMP
- **P**ainkiller overuse: CUEM

Received: 10 May 2024 | Accepted: 29 August 2024

DOI: 10.1111/ene.16484

europaean journal
of neurology
the official journal of the european academy of neurology

ORIGINAL ARTICLE

“Code Headache”: Development of a protocol for optimizing headache management in the emergency room

Javier A. Membrilla¹ | Alicia Alpuente^{2,3,4} | Laura Gómez-Dabo² | García-Yu Raúl⁵ |
Eduardo Mariño⁵ | Javier Díaz-de-Terán^{5,6} | Patricia Pozo-Rosich^{2,3,4}

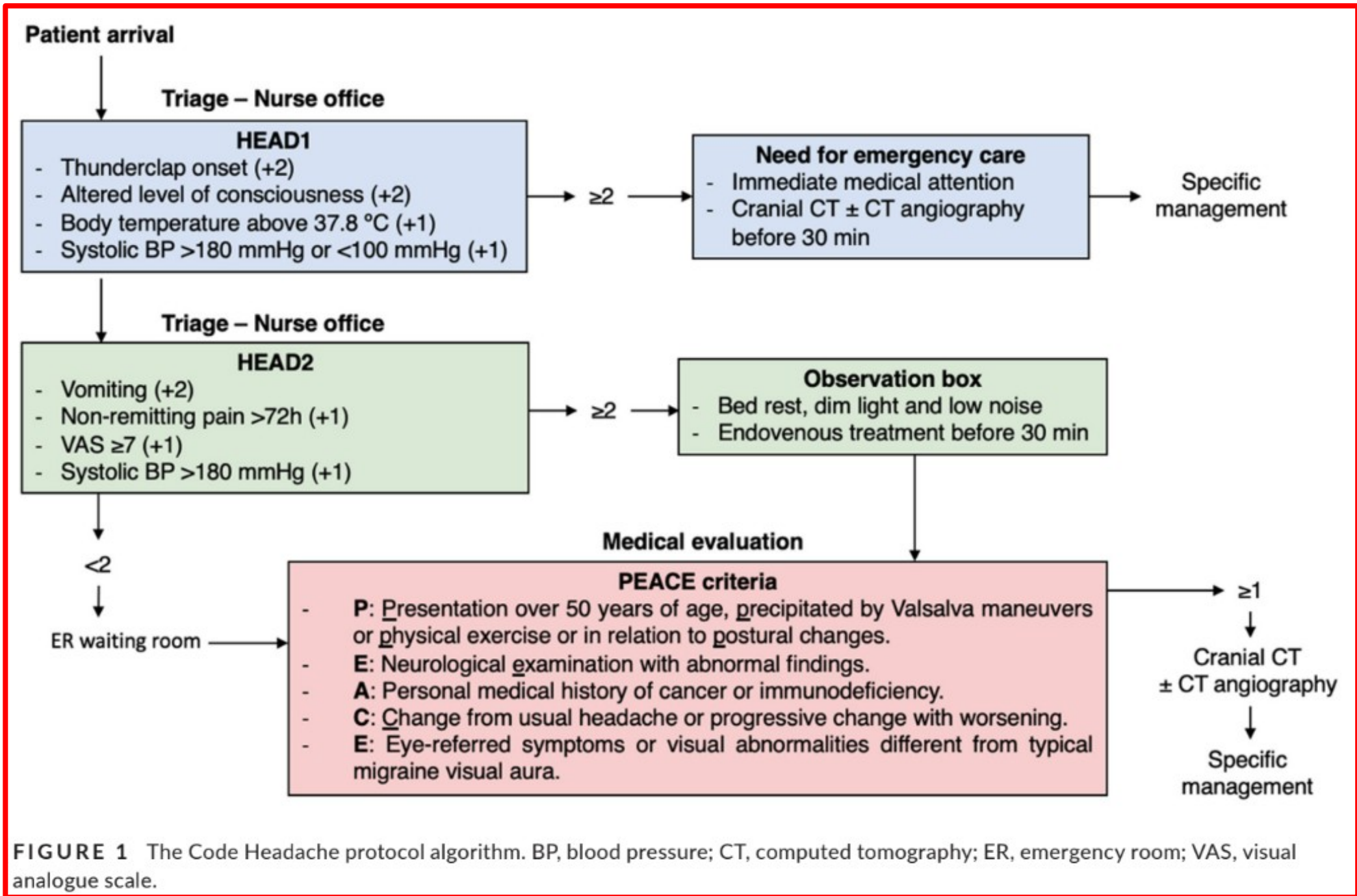


FIGURE 1 The Code Headache protocol algorithm. BP, blood pressure; CT, computed tomography; ER, emergency room; VAS, visual analogue scale.

¿CÓMO DIAGNOSTICAR BIEN?

- **ANAMNESIS**

EXPERIENCIA PERSONAL (TRAUMÁTICA)

- Mujer de 74 años diagnosticada de migraña crónica
- Cefalea muy frecuente periorbitaria derecha, intensa, con náuseas
- No síntomas de alarma, al menos espontáneamente
- Previamente tomó sin éxito topiramato, flunarizina
- Hace 2 meses comenzó amitriptilina 10 mg, sin mejoría
- Tengo prisa, hoy voy con bastante retraso
- Juicio clínico: migraña crónica
- Plan: aumentar amitriptilina a 25 mg, volver en 2-3 meses

EXPERIENCIA PERSONAL (TRAUMÁTICA)

- Vuelve a los 8-9 meses
- Su MAP le hizo analítica, VSG 97
- Sigue con prednisona, ya con dosis bajas, asintomática



Moralejas: no dar nada por sentado, replantear el diagnóstico en ausencia de mejoría, buscar cefaleas secundarias

¿CÓMO DIAGNOSTICAR BIEN?

- EXPLORACIÓN

[The importance of neurological examinations in the age of the technological revolution].

[Article in Spanish]

Berbel-García A¹, González-Spínola J, Martínez-Salio A, Porta-Etessam J, Pérez-Martínez DA, de Toledo M, Sáiz-Díaz RA.

- 65 años, sin AP de interés
- Dolor occipital izquierdo de reciente aparición, casi diario, mejora con analgésicos pero reaparece
- Exploración NRL básica normal
- TAC craneal normal
- JC: cefalea tensional → amitriptilina 50 mg

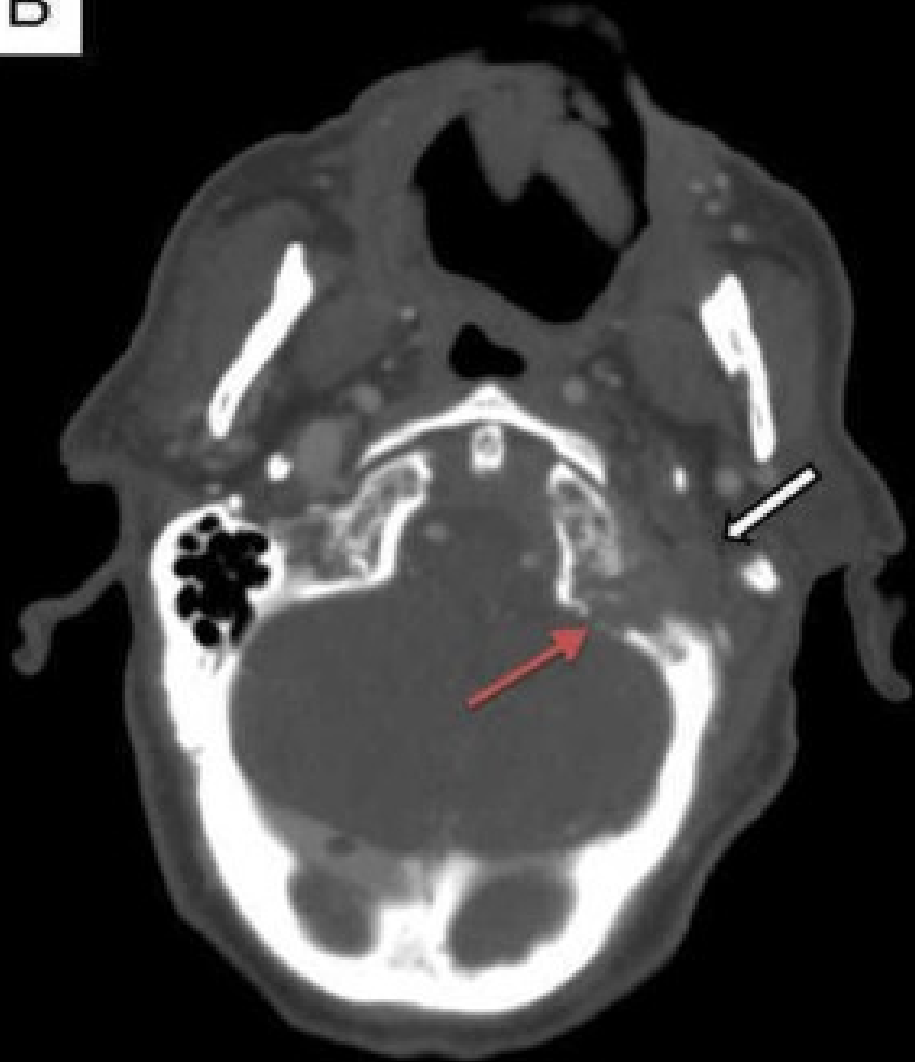
[The importance of neurological examinations in the age of the technological revolution].

[Article in Spanish]

Berbel-García A¹, González-Spínola J, Martínez-Salio A, Porta-Etessam J, Pérez-Martínez DA, de Toledo M, Sáiz-Díaz RA.

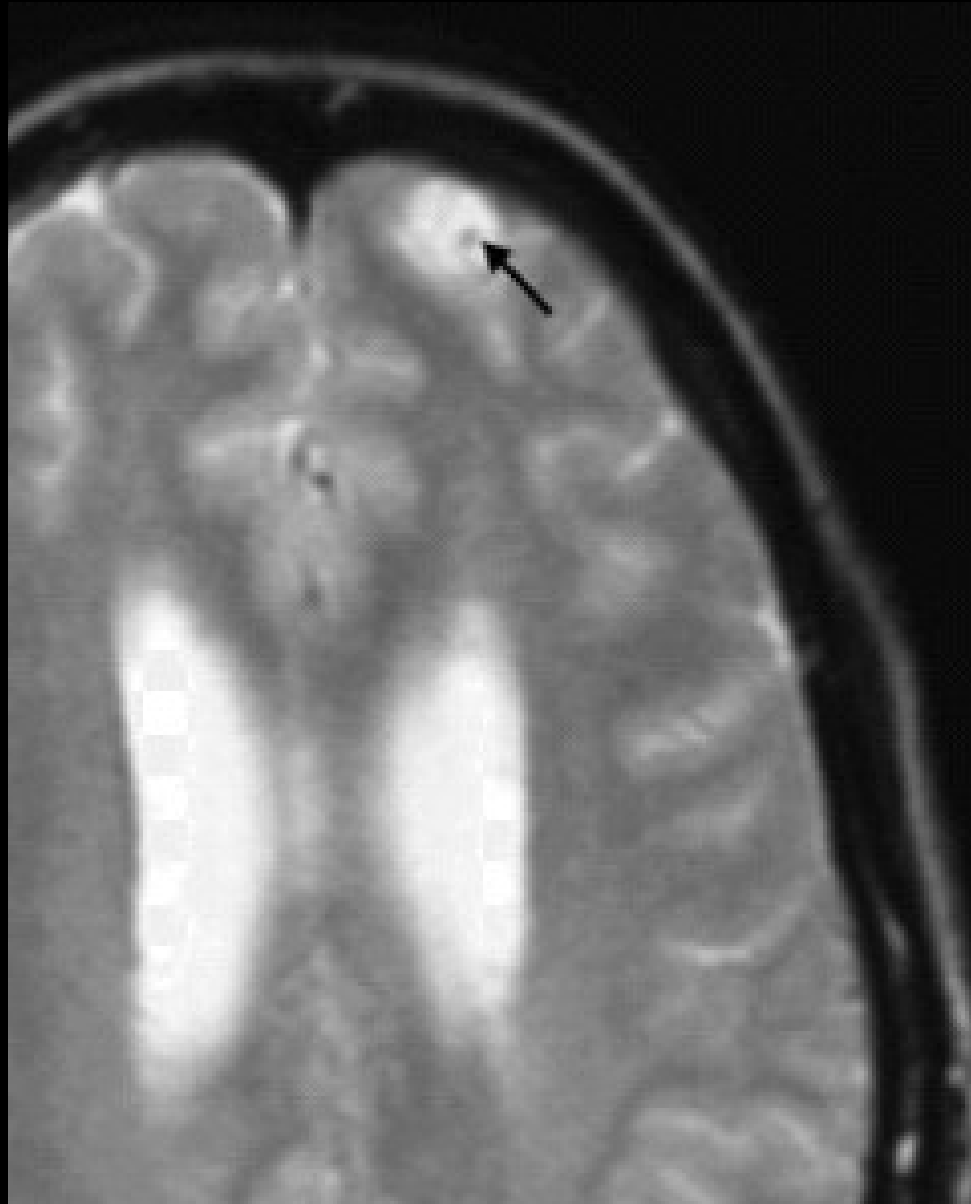
- 2 meses después va a Urgencias por persistencia del dolor
- Hemiatrofia lingual izquierda y desviación en la protrusión
- Se reevaluó el TAC previo: no visualización de cóndilos occipitales
- Se repite el TAC

B



¿CÓMO DIAGNOSTICAR BIEN?

- PRUEBAS



¿CÓMO DIAGNOSTICAR BIEN?

- Y SABERSE LOS DISTINTOS TIPOS DE CEFALEAS!!

“ESCUCHE CON ATENCIÓN A SU PACIENTE; ESTÁ INTENTANDO DESESPERADAMENTE DECIRLE EL DIAGNÓSTICO”

