

CASO CLÍNICO

Cefalea hipócnica o cefalea despertador

Javier Ramírez-Gil¹, Jorge José Guijarro-Esclapez², Luís Marhuenda-Bermejo³

1. Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centre de Salut Altabix, Elx.
2. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de residentes. Centre de Salut Altabix, Elx.
3. Médico Interno Residente de Neurología. Hospital General Universitari d'Elx.

Contacto: Dr. Javier Ramírez Gil. javier.ramirez02@graduado.umh.es.

Los autores declaran no tener conflicto de interés en la realización del presente estudio.

Citar como: Ramírez-Gil J, Guijarro-Esclapez JJ, Marhuenda-Bermejo L. Cefalea hipócnica o cefalea despertador. FML. 2019; 24(1):4p

Palabras clave (MeSH): Headache disorders, primary. Sleep wake disorders. Signs and symptoms

Resumen

La cefalea hipócnica, o cefalea despertador, es un tipo de cefalea primaria cuya característica principal es el hecho de que ocurre únicamente durante el sueño. Para su diagnóstico es preciso excluir causas secundarias, siendo clave la realización de estudios de neuroimagen. La dificultad existente en la práctica para su diagnóstico radica en su variabilidad de presentación y baja casuística. Las opciones de primera línea y con mayor evidencia científica en su tratamiento son la cafeína e indometacina.

Introducción

La cefalea hipócnica, o cefalea despertador, es un tipo de cefalea primaria cuya característica principal es el hecho de que ocurre únicamente durante el sueño ¹. Su etiología es desconocida, aunque se postula que está relacionada alteraciones del sueño REM (*rapid eye movements*) y/o el ciclo de la melatonina ².

Los datos disponibles sobre su prevalencia, aunque variables, estiman que supone entre el 0.07 y 0.3% de casos en una consulta monográfica sobre cefaleas de un hospital terciario. Desde su descripción en 1988, y hasta 2015, se habían reportado 150 casos en la literatura científica ³. Se trata de una entidad de inicio tardío, que aparece a partir de la quinta década de vida, con una ratio mujer/varón 2/1 ⁴.

No toda cefalea que se produce durante el sueño es hipócnica. Para llegar a su diagnóstico es preciso excluir causas secundarias, siendo clave en ello los estudios de neuroimagen. En 2013 fue publicada la tercera edición de la clasificación internacional de cefaleas (CIC-3), que modificaba algunos criterios diagnósticos e introducía el concepto de cefalea hipócnica probable (tabla 1), hecho que refleja la dificultad en la práctica para su diagnóstico, debido a su variabilidad de presentación y baja casuística ¹.

En cuanto a su tratamiento profiláctico, las opciones terapéuticas con mayor evidencia científica son la cafeína e indometacina, siendo el litio un tratamiento de segunda línea. Hasta el 43% de pacientes experimentan remisión completa, sin recurrencias ^{4, 5}.

Tabla 1. Criterios diagnósticos según la tercera edición de la clasificación internacional de cefaleas (CIC-3, 2013) ¹.

Cefalea hípica
A. Crisis recurrentes de cefalea que cumplen los criterios B-E
B. Ocurre únicamente durante el sueño, y despiertan al paciente
C. Se presentan más de 10 días durante más de 3 meses
D. Duración de 15 o más minutos y hasta 4 horas después de la interrupción del sueño
E. Sin síntomas autonómicos ni sensación de inquietud
F. Sin mejor explicación por otro diagnóstico CIC-3
Cefalea hípica probable
A. Crisis recurrentes de cefalea que cumplen el criterio B y 2 de los criterios C-E
B. Aparecen sólo durante el sueño y despiertan al paciente
C. Ocurren más de 10 días durante al menos 3 meses
D. Duran entre 15 minutos hasta 4 horas después de despertarse
E. No hay síntomas autonómicos ni inquietud
F. No cumple criterios para otro diagnóstico
G. No se explica por otro diagnóstico CIC-3

Descripción del caso clínico

Se presenta el caso de un paciente varón de 55 años, que consultó por un cuadro de cefalea de 8-9 horas de duración. Describía una cefalea holocraneal, continua y de características opresivas, que le había despertado del sueño, asociando náuseas y cuatro episodios de vómitos. Negaba auras. No presentaba fotofobia, sonofobia, ni alteraciones visuales. No presentaba síntomas trigémico-autonómicos. El dolor no aumentaba con la maniobra de Valsalva, ni se modificaba posturalmente.

En la anamnesis, el paciente refería presentar episodios de estas mismas características

desde hacía 4-5 meses, que sistemáticamente interrumpían el descanso nocturno y habían ido aumentando de frecuencia, hasta hacerse prácticamente diarios. Nunca se habían iniciado en vigilia. Refería que, en dichas crisis, que cursaban con náuseas y solían durar varias horas, tomaba paracetamol con escaso control de dolor, cuya intensidad puntuaba con 7-8

puntos (sobre una escala de 10). Se solía medir la presión arterial en este contexto, registrando siempre cifras dentro de la normalidad.

El paciente negaba antecedentes de cefaleas. Previamente siempre había presentado buen descanso nocturno, negaba trastornos del sueño y/o roncopatías. No había antecedentes de traumatismos. Negaba asimismo factores psicosociales estresantes.

Como antecedentes de interés, únicamente presentaba una espondilitis anquilosante en tratamiento con infliximab mensual desde hacía 7 años, estable y con buen control sintomático. No presentaba factores de riesgo cardiovascular, ni hábitos tóxicos. Negaba antecedentes familiares de interés.

A la exploración, se encontraba afebril y normotenso, con palidez cutánea. La exploración de tórax y abdomen, así como de cabeza y cuello no reveló hallazgos patológicos. La exploración neurológica exhaustiva, incluyendo fondo de ojo, únicamente reveló la presencia de una disestesia a nivel de L4, en miembro inferior izquierdo.

Diagnóstico diferencial

Ante la existencia síntomas de alarma, cabe descartar causas secundarias, tanto vasculares (hemorragia, accidente cerebrovascular, malformación, etcétera) como no vasculares (hipertensión, hipotensión de líquido cefalorraquídeo), tumorales (metástasis o primario), sistémicas (hipertensión, apnea del sueño, hipotiroidismo, etcétera), otorrinolaringológicas, musculoesqueléticas, neuropáticas, postraumáticas, etcétera. Asimismo, cabía considerar, aunque en un segundo plano, los diferentes tipos de cefaleas primarias, con sus respectivas características.

Fue remitido para valoración urgente, dada la existencia de al menos cuatro síntomas de alarma (tabla 2): edad, presentación nocturna, aumento de frecuencia y cortejo vegetativo

asociado . A su llegada, se decidió realizar una analítica sanguínea (bioquímica básica, hemograma y coagulación), así como una tomografía computerizada craneal (TC) como prueba de imagen inicial. Dichas exploraciones complementarias no mostraron hallazgos patológicos, no objetivando la TC alteraciones anatómicas, imágenes sugestivas de

Tabla 2. Síntomas de alarma de una cefalea⁶.

Características de la cefalea
Intensa, de comienzo súbito
Frecuencia e intensidad creciente
Empeoramiento reciente de una cefalea crónica
Localización unilateral estricta (salvo neuralgias, racimos y otras cefaleas primarias unilaterales)
Náuseas y vómitos no explicables por una cefalea primaria ni una enfermedad sistémica
Precipitada por esfuerzo físico, tos o cambio postural
Presentación predominantemente nocturna
Refractaria a un tratamiento teóricamente correcto
Características atípicas
Características del paciente
Edad extrema de la vida
Oncológico o inmunocomprometido
Hallazgos exploratorios
Fiebre
Signos meníngeos
Alteración neurológica focal
Papiledema
Crisis epiléptica
Trastorno comportamental

hemorragia o infarto cerebral, ni lesiones ocupantes de espacio.

Inicialmente, la sintomatología cedió tras la administración de 2 gramos de metamizol y 10 mg de metoclopramida intravenosos. Al alta, se le indicó metamizol 575 mg., 1 comprimido cada 8 horas en caso de nuevos episodios.

El estudio prosiguió ambulatoriamente, solicitándose una analítica con hormonas y parámetros de inflamación, así como una resonancia magnética nuclear encefálica con contraste, que únicamente mostró lesiones focales milimétricas en los centros semiovais y periventriculares, que impresionaban de enfermedad isquémica crónica de pequeño vaso, sin correlación con el cuadro clínico del paciente.

Discusión

La ausencia de hallazgos en una segunda prueba de imagen, habiendo descartado otras causas secundarias, reforzaba la sospecha clínica tras la atención en urgencias de que se tratase de un caso de cefalea primaria. Aplicando los criterios de la segunda edición de la clasificación internacional de cefaleas (CIC-2) puede establecerse formalmente en este paciente el diagnóstico de cefalea hípica, mientras que según la CIC-3 se trataría de un caso probable.

Tras una revisión de la literatura, se consensuó con el paciente comenzar con alternativas no farmacológicas, iniciando la administración de 100 mg. de cafeína previos al descanso nocturno (el equivalente a una taza de café filtrado de 180 ml). El paciente experimentó mejoría clínica desde el inicio del tratamiento, con desaparición súbita de dichas crisis.

Este caso clínico sirve para hacer énfasis en la importancia de realizar siempre una anamnesis y exploración que incluya los signos y síntomas de alarma (*red flags*) del cuadro clínico que presente el paciente, para valorar inicialmente las posibilidades etiológicas más graves del mismo. Una vez éstas son descartadas, se debe continuar con el planteamiento y estudio otros posibles diagnósticos diferenciales.

Por otro lado, invita a reflexionar sobre el proceso de razonamiento clínico, los sesgos cognitivos (ideas preconcebidas, en base a prevalencias poblacionales y valores predictivos, conocimientos y experiencia previa, etcétera), así como las heurísticas, en concreto la heurística de disposición, que puede resumirse en el aforismo "*Sólo se reconoce aquello que se conoce*".

Bibliografía

1. Olesen J, Bendtsen L, Goadsby P, Wang S-J, Schwedt T, Ducros A, et al. Clasificación Internacional de Cefaleas. Londres: International Headache Society, 2013.
2. Evers S. Sleep and headache: the biological basis. *Headache*. 2010; 50: 1246-51.
3. Escudero I, González-Oria C, Bernal M, Jiménez MD. Descripción de una serie de 10 pacientes con cefalea hípica: discusión de criterios diagnósticos. *Neurología*. 2015; 30 (4): 195-200.

4. Liang JF, Wang SJ. Hypnic headache: a review of clinical features, therapeutic options and outcomes. *Cephalalgia*. 2014; 34: 795.

5. Tariq N, Estemalik E, Vij B, Kriegler JS, Tepper SJ, Stillman MJ. Long-term outcomes and clinical characteristics of hypnic headache syndrome: 40 patients series from a tertiary referral center. *Headache*. 2016; 56: 717.

6. Heras JA (coord.). *Guía rápida de cefaleas: consenso entre Atención primaria y Neurología*. Granada: Ediciones semFYC; 2012.