

NEUROFTALMOLOGÍA

16

**Migraña y dolor en region periorcular**

Eva López Valdés<sup>1</sup>, Rafael Bilbao-Calabuig<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio Neurología Hospital Clínico San Carlos.

<sup>2</sup> Unidad de Neuroftalmología Clínica Baviera. Madrid.



## OBJETIVOS

- Conocer las causas más frecuentes de cefalea y dolor en región periorcular.
- Saber los puntos más importantes de la evaluación de los pacientes con cefalea y dolor periorcular.
- Distinguir los signos de alarma, que requieren una evaluación urgente.

El dolor de cabeza y ocular es un motivo de consulta frecuente al oftalmólogo. La parte más importante de la evaluación es la historia clínica, porque en la mayoría de las ocasiones la exploración oftalmológica es normal (tabla 1).

**Tabla 1. Puntos importantes de la historia clínica en paciente con cefalea o dolor ocular**

- 
- Naturaleza del dolor (opresivo, pulsátil, calambre...).
  - Localización (hemicraneal, holocraneal, localizado o difuso).
  - Patrón diario y temporal.
  - Factores precipitantes (Valsalva, sueño, cambio de posición).
  - Fenómenos asociados (escotomas, fosfenos, déficits visuales).
  - Historia familiar.
- 

La mayoría de las cefaleas son primarias, como las migrañas, la neuralgia del trigémino etc. En ocasiones pueden ser secundarias a procesos intracraneales o enfermedades sistémicas. En estos casos es necesario realizar pruebas de neuroimagen y posiblemente derivar a urgencias u otros especialistas. Para ello es indispensable reconocer los signos que nos deben hacer pensar en que la cefalea es secundaria (tabla 2).

**Tabla 2. Signos de alarma**

- 
- Inicio brusco.
  - Inicio en personas mayores de 50 años.
  - Cambio de características de la cefalea en personas con cefaleas previas.
  - Aumento de la cefalea con Valsalva o cambios de posición.
  - Cefalea que despierta por la noche.
  - Asociación con síntomas o signos sistémicos (fiebre, pérdida de peso...) o neurológicos (alteración nivel de conciencia, edema de papila, III par ...).
- 

## MIGRAÑA

La migraña es un trastorno que cursa con manifestaciones neurológicas y oftalmológicas. Muchos pacientes acuden al oftalmólogo por los síntomas oculares. Por ello es importante conocer sus manifestaciones clínicas y su manejo.

La migraña se caracteriza por episodios de 4-72 horas de duración que cursa con

**1. Cefalea** con al menos dos de las siguientes características:

- Unilateral. Aunque el 30% de las crisis de migraña pueden ser bilaterales. Puede cambiar de lado de unas crisis a otras. El dolor se puede referir sobre todo en la región periorcular.

- Pulsatil.
  - Intensidad moderada/grave.
  - Se agrava con actividades físicas habituales.
2. Al menos uno de los siguientes **síntomas** durante la cefalea:
- Náuseas y/o vómitos.
  - Fotofobia y fonofobia.

3. No se encuentran en la historia clínica o examen neurooftalmológico otros indicios de que los síntomas puedan atribuirse a otra causa.

Existen diferentes tipos de migrañas, clasificadas en la International Headache Society (ICH-III edición 2018). Las más frecuentes son la migraña sin aura, la migraña con aura y la migraña crónica.

En las migrañas CON AURA además de las características de la cefalea descritas previamente, se añaden síntomas de disfunción neurológica focal que ocurren antes o después de la migraña y que denominamos aura. Un aura puede incluir alteraciones reversibles, visuales u otras, como hormigueo en un lado de la cara o en un brazo o pierna y dificultad para hablar.

El aura visual es la más común, ocurriendo en el 90% de los pacientes con migraña con aura. Los síntomas visuales suelen ser fenómenos positivos como luces o líneas o menos frecuentemente fenómenos negativos como disminución de la agudeza o del campo de visión. Se suele presentar como un espectro de fortificación, con imágenes en zigzag o escotomas centelleantes que progresan dejando una zona de escotoma. El aura se desarrolla gradualmente.

Existen pacientes que presentan **AURA TÍPICA SIN CEFALEA**; el aura más frecuente es el escotoma centelleante o la hemianopsia homónima.

Un subtipo de migraña con aura, definido en la última clasificación ICH-III es la **MI-GRAÑA RETINIANA**, un tipo muy infrecuente, en la que el aura consiste en una pérdida de agudeza visual monocular transitoria, que suele durar menos de una hora. La pérdida de visión puede describirse como en negro o gris, como una sombra o como un escotoma centelleante. Se instaura progresivamente en 5 minutos o más, y se acompaña en los 60 minutos siguientes de cefalea. Es un diagnóstico de exclusión. Hay que diferenciarlo de la amaurosis fugax o de un AIT.

Resulta importante reconocer otro tipo de cefalea con manifestaciones oftalmológicas, anteriormente denominada migraña oftalmopléjica. En la nueva clasificación de la ICH-III se ha pasado a denominar **NEUROPATIA OFTALMOPLÉJICA DOLOROSA RECURRENTE**. Se ha excluido del epígrafe de las migrañas, porque no es una migraña como tal. Esta entidad se caracteriza por ataques recurrentes de paresia de uno o más pares craneales, (lo más común es el III pc aislado) que puede durar varios días, acompañado de cefalea hemicraneal. La cefalea puede aparecer hasta 14 días después de la parálisis oculomotora. Se deben excluir lesiones paraselares o en la fosa posterior. El tratamiento con corticoides puede ser de utilidad.

El tratamiento de la migraña incluye tratamientos sintomáticos en la fase aguda del ataque que pueden ir desde AINES, Triptanes, antieméticos, bloqueos anestésicos y cor-

ticoides. Y tratamientos preventivos, en caso de migrañas con 4 o más episodios al mes, que incluyen betabloqueantes, calcio antagonistas, antiepilépticos, antidepressivos, toxina botulínica o más recientemente, anticuerpos monoclonales.

## CEFALEAS TRIGEMINO AUTONOMICAS

Entre estas cefaleas se incluyen, la cefalea en racimos, la hemicránea paroxística, la hemicránea continua y la cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración (SUNCT/SUNA).

Son cefaleas estrictamente unilaterales, con dolor centrado en la región orbitaria y periorbitaria, acompañadas de signos y síntomas vegetativos en el lado doloroso (inyección conjuntival, lagrimeo, rinorrea, obstrucción nasal ptosis, miosis...).

Los diferentes síndromes se caracterizan por la diferente la duración de los síntomas, de la cualidad del dolor, los estímulos precipitantes y localización del dolor (tabla 1).

**Tabla 1. Cefaleas trigemino autonómicas**

SINDROME	LOCALIZACION	DURACION DEL ATAQUE	CUALIDAD DEL DOLOR	SINTOMAS AUTONOMICOS	ESTIMULOS PRECIPITANTES	TRATAMIENTO	OTROS
SUNCT/SUNA	Retroocular, periocular frente	5seg-3min	Quemante agudo pulsátil	+++	Estímulo mecánico en territorio trigeminal y extratrigeminal	Lamotrigina, gabapentina, carbamazepina	Varios Ataques por el día sin predominio horario
CEFALEA EN RACIMOS	Órbita, región temporal, frente	15 min -180 min	Fijo, quemante, en puñalada, crea inquietud motora	+++	Alcohol y sustancias químicas vasodilatadoras	Verapamilo, litio, corticoides, topiramato	Pocos ataques al día, predominio nocturno
HEMICRANEA PAROXISTICA	Orbita, región periocular frente	2 min-5 min	Agudo, pulsátil o fijo	+++	Estimulos mecánicos en el cuello	Indometacina	Muchos ataques, sin predominio horario

\* Tabla extraída de Manual de práctica clínica en cefaleas 2020 de la Sociedad española de Neurología.

## Neuralgia del Trigémino

Se define por la presencia de al menos tres ataques de dolor facial unilateral que afectan a una o más ramas del nervio trigémino. La afectación de la rama oftálmica aislada ocurre en menos del 5% de los casos. El dolor es de características lancinante, punzante o eléctrico, con inicio y fin abruptos y duración de uno o varios segundos. Se precipitan por factores externos como masticar, hablar o tocarse alguna parte de la cara entre otros.

El 90% de los casos son idiopáticos y se producen por la compresión o distorsión del nervio trigémino por una arteria. El otro 10 % es secundario a lesiones compresivas so-

bre el nervio, o lesiones en el ángulo pontocerebeloso como esclerosis múltiple, infartos del tronco...

El tratamiento de elección es la carbamacepina, aunque existen muchos otros fármacos neuromoduladores que han mostrado también eficacia. Si el tratamiento farmacológico no es resolutivo, se pueden realizar tratamientos quirúrgicos.

Además de las neuralgias del trigémino clásica, existen neuralgias de ramas terminales del trigémino, todavía no incluidas en la clasificación de la IHC-III. Las más frecuentes son la neuralgia del supraorbitario y la del infraorbitario. El bloqueo anestésico de estas ramas produce un alivio sintomático del dolor, siendo éste un criterio diagnóstico además de servir como tratamiento.

### Cefalea Troclear o Trocleodinas

Los pacientes refieren habitualmente dolor periorcular de meses o años de duración que a veces localizan en la zona orbitaria supero-interna y que puede irradiarse a región frontal ipsilateral. Característicamente se desencadena al palpar la zona de la tróclea o con los movimientos oculares de supraducción del lado afecto. En algunos casos, se acompaña de inflamación peritroclear, denominándose trocleitis, y ésta puede estar asociada a enfermedades autoinmunes. En otras ocasiones el dolor troclear no se asocia a inflamación en la prueba diagnóstica de imagen que es siempre imperativa. El tratamiento consiste en AINES sistémicos o infiltración local de corticoides.

### Algunas Cefaleas secundarias importantes para el oftalmólogo

- Arteritis de la Temporal: debe sospecharse en pacientes mayores de 60 años. Suele acompañarse de fiebre, claudicación mandibular, pérdida de peso o síntomas visuales. Refieren hipersensibilidad en el cuero cabelludo y dolor en la zona de las arterias temporales con engrosamiento de estas. Ante la sospecha, deben determinarse niveles de PCR y VSG e iniciar precozmente tratamiento con corticoides.
- Hipertension Intracraneal (HTI): La cefalea asociada a HTI idiopática o secundaria a lesión intracraneal es un dolor holocraneal, difuso, constante, que empeora por la mañana, al tumbarse o con maniobras de valsalva. Puede asociar náuseas y vómitos, tinnitus, episodios de oscurecimientos visuales transitorios o diplopía por afectación del sexto pc, así como otros signos focales neurológicos.

## MENSAJES FINALES

- Resulta esencial realizar una correcta historia clínica para poder enfocar adecuadamente el manejo de las cefaleas y algias periorculares y reconocer todos los posibles signos de alarma.

- Las migrañas son cefaleas primarias que a menudo se acompañan de síntomas visuales cuyo reconocimiento debe ayudarnos a clasificarlas y manejarlas correctamente.
- Las cefaleas trigémino-autonómicas afectan a la región periorbitaria, y se acompañan de signos y síntomas vegetativos. Deben reconocerse y diferenciarse de la neuralgia del trigémino.
- Finalmente la cefalea troclear presenta una sintomatología casi exclusivamente oftalmológica, lo que nos obliga a su reconocimiento y manejo adecuado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de práctica clínica en cefaleas 2020 de la Sociedad española de Neurología.
2. The international Classification of heasache disorders 3rd edition. <http://www.ihs-headche.org>.
3. Silberstein SD. Migraine. Lancet. 2004 Jan 31;363(9406):381-91. doi: 10.1016/S0140-6736(04)15440-8. PMID: 15070571.
4. Burish M. Cluster Headache and Other Trigeminal Autonomic Cephalalgias. Continuum (Minneapolis Minn). 2018 Aug;24(4, Headache):1137-1156. doi: 10.1212/CON.0000000000000625. PMID: 30074553.

## CASO CLÍNICO



## CASO CLÍNICO 1

Varón de 37 años que consulta por dolor ocular desde hace 3 meses. El dolor le aparece a diario sobre las 23h horas, le dura unos 40 minutos, se localiza en la órbita y se le va hacia la región temporal y lo describe como un puñal que le clavan. Se acompaña de lagrimeo, ptosis y enrojecimiento ocular

## PREGUNTAS

- Diagnóstico de presunción
- Diagnostico diferencial
- Tratamiento

## PREGUNTAS

- Diagnóstico de presunción
  - El cuadro clínico es compatible con una cefalea en racimos
- Diagnostico diferencial
  - Hay que diferenciarlo de otras cefaleas trigémino-autonómicas como son la Hemicránea paroxística y el SUNCT.
  - La hemicránea paroxística los ataques duran menos, hasta 5 minutos como máximo y se producen muchos ataques al día, sin predominio horario
  - El SUNCT también son ataques de menos duración y suelen tener desencadenantes como estímulos físicos en la región trigeminal
- Tratamiento
  - SE puede utilizar corticoides y Topiramato, verapamilo y Litio fundamentalmente

## PREGUNTA TIPO TEST

(pulse en la flecha para comprobar las respuestas)

- 1. Los signos de alarma en un paciente con cefalea son:**
  - a) La localización hemicraneal de la cefalea.
  - b) El inicio brusco.
  - c) La presencia de lagrimeo y síntomas autonómicos.
  - d) La asociación con escotoma centelleante.
  - e) La asociación con fiebre y pérdida de peso.
  
- 2. Respecto a la neuralgia del trigémino:**
  - a) La localización más frecuente es la rama oftálmica.
  - b) La mayoría de los casos es secundaria patología en el tronco del encéfalo.
  - c) El tratamiento de elección es la carbamazepina.
  - d) El dolor típicamente dura segundos y es lancinante.
  - e) No suele asociarse a factores precipitantes.



**3. En relación con la migraña:**

- a) Un tipo de migraña es la migraña ocular.
- b) La mayoría de las auras migrañosas son pérdidas de visión unilaterales.
- c) Recientemente se han aprobado nuevos fármacos, consistentes en tratamientos con anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la migraña.
- d) Para decir que unos síntomas son característicos de un aura visual siempre se deben acompañar de cefalea.
- e) La Toxina Botulínica es un tratamiento aprobado para la migraña.