

Cefaleas crónicas por tensión muscular

Por H. KILPELÄINEN, lic. en Medicina, el Dr. J. SIVENIUS, Clínica Neurológica del Hospital Universitario de Kuopio, y S. MAHLAMÄKI, lic. en Medicina, Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Kuopio, Finlandia

Después de la migraña, la cefalea más frecuente es el dolor de cabeza crónico por tensión muscular. Afecta al 40-60% de los pacientes con cefaleas^{2,11}. Su incidencia es igual o superior a la de la jaqueca.

Patogenia

Se han formulado diversas hipótesis para explicar el mecanismo de la patogenia de las cefaleas por tensión muscular. Se cree generalmente que un estado de tensión persistente en los músculos de la nuca y el hombro es un importante factor etiológico. Las inserciones de estos músculos en la cabeza pueden ser los puntos desde donde el dolor irradia con mayor intensidad. Según WOLFF²⁶, el mecanismo fisiopatológico podría ser un espasmo de las arterias extracraneales producido por la contracción muscular y acompañado de isquemia tisular y dolor. SICUTERI²⁰ opina que quizás existe un trastorno de la percepción central del dolor. Sin embargo, ninguna de estas teorías ha sido confirmada por las observaciones de MARTIN y MATHEWS¹⁵, quienes, al hacer el registro de la actividad electromiográfica de los músculos cervicales y frontales, no hallaron diferencias entre los pacientes con cefaleas por tensión muscular y el grupo testigo. La determinación del umbral del dolor por estimulación térmica tampoco reveló diferencias entre ambos grupos. Estos dos autores estudiaron el efecto de inhalaciones de nitrito de amilo en la cefalea por tensión muscular: el dolor se intensificó en el 43% y no se modificó en el 48%. Por otro lado, la administración de un placebo no hizo variar la intensidad del dolor en ningún paciente. Estos resultados indican que la cefalea por tensión muscular, a diferencia de lo que se venía creyendo, se debe más a una vasodilatación que a una vasoconstricción. KRABBE y OLESEN¹⁰ provocaron dolores pulsátiles tanto en pacientes con jaqueca como en sujetos aquejados de cefalea por tensión mediante infusiones de histamina; esta reacción dolorosa no se observó, en cambio, en el grupo testigo. A pesar de que acaso exista una predisposición a las cefaleas de origen vascular, no pudieron detectarse trastornos circulatorios extracraneales ni corticales en los pacientes con cefalea por tensión muscular¹⁹. Los niveles plaquetarios de serotonina

son significativamente más bajos entre los pacientes con cefalea por tensión muscular que en los testigos o sujetos con jaqueca en el periodo sin dolor. Posiblemente se trate de un defecto de la función del sistema serotoninérgico, que también se ha puesto en relación con la provocación de las crisis de migraña.

Gran parte de los enfermos están sometidos a tensión psíquica, stress y ansiedad. Presentan a menudo síntomas depresivos; la depresión puede seguir un curso latente y manifestarse, por ejemplo, en forma de insomnio al amanecer. Los pacientes no tienen, al parecer, una personalidad particular. Frecuentemente están preocupados por problemas conyugales a los que no hallan una solución satisfactoria, se encuentran solos, sienten una hostilidad ambivalente o no están contentos con su situación profesional. Estos problemas terminan por crear situaciones cargadas de ansiedad, odio o desengaño. Los pacientes con cefaleas por tensión muscular reaccionan de manera similar cuando se encuentran en estas situaciones conflictivas, con una tensión acentuada en los músculos del cuello y la cabeza y la subsiguiente cefalea¹⁴. En su profesión estos pacientes suelen estar bajo presión, desempeñan trabajos por turnos o un trabajo muscular estático (chóferes, empleados de oficina, pintores, etc.).

Síntomas

Los síntomas suelen manifestarse después de los veinte años de edad y son relativamente típicos en la mayoría de los casos. Muchos pacientes acuden a su médico por miedo a un tumor o a una hemorragia cerebrales. El dolor es «terebrante» y, a veces, «lancinante» por corto tiempo. Los síntomas sobrevienen a menudo por la mañana al despertarse y se intensifican hacia la noche, por lo general. Los periodos de dolor varían sobremanera, desde algunos días hasta varios años, apareciendo generalmente a intervalos irregulares. Es atípico el dolor nocturno. Salvo en caso de que exista algún componente depresivo, los pacientes muy rara vez se quejan de insomnio. El dolor suele iniciarse en la nuca e irradia luego en dirección occipital y frontotemporal, pudiendo ser bilateral o marcadamente unilateral. Si la tensión nual (*tension neck*) se halla en el primer plano del cuadro clínico, los pacientes suelen quejarse de pérdidas sensoriales o incluso, a veces, de sensación de debilidad en las extremidades superiores (síntomas pseudorradiculares). Algunos presentan también hipersensibilidad del cuero cabelludo. Pueden darse síntomas auditivos en forma de tinnitus, sensación de bloqueo o incluso dolor. No es raro que el paciente se queje de vértigo y también náuseas, pero los vómitos

no son frecuentes. A veces, el dolor es pulsátil, lo que traduce la existencia de un componente migrañoso (cefalea mixta). Bastantes pacientes señalan que sienten una especie de presión en la cabeza, como si llevaran un gorro o una cinta apretada alrededor de la cabeza. Por regla general, cabe distinguir fácilmente este síndrome de la migraña partiendo de la historia clínica.

Exploración clínica

El examen clínico del paciente no suele revelar anomalías. Tratándose del síndrome de tensión muscular, no existe una patología neurológica. En la musculatura de la nuca y el hombro se notan a la palpación nódulos generalmente sensibles a la presión, localizados a menudo en la línea capilar. La radiografía de la columna cervical muestra típicamente una lordosis acentuada o incluso cifosis. Habitualmente, faltan signos marcados de alteraciones degenerativas o, mejor dicho, tales alteraciones reflejan la edad del paciente. No hay estrechamiento del foramen como en el síndrome cervical. En el EEG de algunos pacientes se aprecia en las derivaciones frontotemporales un artefacto por contracción muscular. Por otro lado, estudios electromiográficos han puesto de manifiesto – aunque no en todos los casos examinados – que había una mayor inervación en la región del músculo frontal en los pacientes con dolor por tensión muscular que en los testigos^{7, 8, 15, 17, 24}.

Tratamiento

Uno de los puntos principales del tratamiento consiste en explicar al paciente el tipo de afección que sufre, ya que muchas veces cree que tiene una enfermedad orgánica grave. Es importante examinar con él su situación familiar y laboral, que podría estar relacionada con su dolencia. Una buena relación terapéutica es de capital importancia, sobre todo cuando el dolor de cabeza es crónico.

1. Gimnasia en casa y durante las pausas en el trabajo

La «tensión nucal» proviene muchas veces de una contracción de los músculos del hombro durante el trabajo u otras actividades²³. Los ejercicios de relajación muscular durante las pausas dan buenos resultados, especialmente entre personas que realizan trabajos a destajo que comportan posturas forzadas. Los ejercicios para relajar los músculos contraídos y fatigados deben ejecutarse despacio. Basta con dedicarles algunos minutos cada vez.

2. Fisioterapia

El tipo de terapia dependerá del estado físico del paciente. Pueden procurar gran alivio el masaje y la termoterapia cuando los músculos del hombro están contraídos y duelen. Esta última es adecuada tanto para un tratamiento profundo como superficial; los fomentos dan excelentes resultados.

Con gran frecuencia, ciertos músculos del hombro y el cuello, como el trapecio y el angular del omóplato, están muy contraídos. Si se estiran durante el examen físico, aumenta el dolor en sus puntos de inserción. En tales casos están indicados, además de la termoterapia y los masajes, los ejercicios de relajación muscular.

En los casos rebeldes al tratamiento, ha de prestarse especial atención a la región del atlas. Esta región cervicooccipital de transición puede ser el origen de diversas sensaciones dolorosas que irradian hacia la cara, los ojos y los oídos. Otros síntomas descritos son los trastornos del equilibrio y una opresión dolorosa en la nuca. Antes de estirar los músculos en esta región, debe procederse a un masaje transversal como tratamiento preparatorio.

El dolor que parte de esta zona es a veces muy intenso. Puede utilizarse frecuentemente anestesia local, a fin de que el diagnóstico sea más exacto y también como medida terapéutica³.

Al finalizar el tratamiento, el fisioterapeuta establecerá un programa de ejercicios para ejecutarlos en casa, adaptados al estado del paciente. Se recordarán al paciente los principios ergonómicos fundamentales¹³.

3. Retroacción biológica (*biofeedback*)

La retroacción biológica es un método terapéutico por el cual el paciente aprende a distinguir un músculo contraído de uno relajado. BUDZYNSKI y cols.⁵ compararon un grupo conocedor de esta técnica con otro testigo no tratado, pudiendo comprobar notables diferencias entre ambos a favor del primero de ellos: las cefaleas disminuyeron en el 75% de los casos. Otros investigadores han dado a conocer resultados similares^{6-9, 22}.

Lo ideal sería que esta terapia pudiera realizarse en una situación laboral real, ya que el paciente podría adoptar una actitud más relajada durante el trabajo.

4. Acupuntura

Con la acupuntura se ha conseguido también aliviar subjetivamente los síntomas^{4, 16}. AHONEN y cols.¹ intentaron demostrar por electromiografía si la acupuntura surtía un efecto objetivo en la contracción muscular. Observaron que había una marcada reducción de la tensión muscular paralela a la disminución

de los síntomas. La acupuntura se tolera en general muy bien.

5. Tratamiento medicamentoso

Para el tratamiento medicamentoso basta la mayoría de las veces tomar un preparado en caso de necesidad. Se acostumbra prescribir un miorelajante o analgésico combinado con un sedante. Con este tratamiento suelen obtenerse buenos resultados terapéuticos.

Si el paciente propende a la depresión, puede ser útil una combinación de clorhidrato de amitriptilina y clordiazepóxido. En tal caso, el preparado habrá de tomarse regularmente. Cabe individualizar la dosis en función del efecto del tratamiento y las manifestaciones colaterales. Las reacciones secundarias más frecuentes son lasitud y sequedad de boca.

Diagnóstico diferencial

Para el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta principalmente las afecciones que se acompañan de cefaleas, vértigo y síntomas cervicobraquiales.

1. Cefalea

La forma típica de jaqueca se distingue fácilmente de la cefalea por contracción muscular. Son signos indicativos de migraña la aparición en forma de crisis del dolor y el carácter pulsátil de éste, así como las náuseas y los vómitos y una respuesta inequívoca a la ergotamina. La jaqueca suele ser unilateral, aunque también puede serlo la cefalea por tensión muscular. No es raro que ambas formas de cefalea coexistan y se potencien mutuamente, creando un círculo vicioso. Para el diagnóstico es de gran valor hacer una historia clínica exacta.

En el síndrome de Costen (disfunción de la articulación temporomandibular), el dolor se siente en la región temporal, facial y nugal, al tiempo que se tiene la sensación de presión en el oído y, frecuentemente, dolor mandibular al masticar. Este síndrome, provocado por una maloclusión, se da principalmente entre personas de edad avanzada cuyas dentaduras no se han adaptado a los cambios de la anatomía mandibular propios de la edad.

Los tumores cerebrales pueden ser causa de fuertes cefaleas, generalmente continuas, que a veces se agravan con el esfuerzo físico y son más intensas por la mañana. Inicialmente, los tumores de la fosa craneal posterior se manifiestan por dolor nugal y occipital de carácter superficial. El examen clínico es importante para el diagnóstico diferencial; de sospecharse este tumor, habrá de prestarse especial aten-

ción al fondo de ojo, la zona de inervación de los nervios craneales y las pruebas de disimetría.

2. Vértigo

Hay dos mecanismos primordiales productores de vértigo: un trastorno en la transmisión de la información procedente de la periferia o un defecto en la elaboración de dicha información. El primer caso se debe a trastornos de los sistemas visual (diplopía, nuevas lentes bifocales), vestibular (síndrome de Ménière, trastornos vasculares del oído interno, laberintitis) o propioceptivo (trastornos de la sensibilidad profunda en la nuca o los miembros inferiores).

Los trastornos de elaboración de la información pueden deberse a tumores del SNC, factores vasculares (isquemia local del SNC, alteraciones vasculares, hipotensión, hipertensión, ortostasis), trastornos post-traumáticos y, en contados casos, epilepsia.

Los trastornos de la sensibilidad profunda acompañados de tensión nugal se manifiestan en forma de vértigo vestibular o inestabilidad. En los tumores cerebrales, se traducen por una mayor tendencia a caerse en una dirección determinada. En los tumores del nervio auditivo, existe, además de vértigo difuso, hipoacusia en el lado afecto. Si se dan vértigos rotatorios repetidos, se requieren otros exámenes, ya que este síntoma no puede atribuirse generalmente al síndrome de contracción muscular; el vértigo rotatorio casi siempre proviene de una afección del aparato vestibular. Aun cuando el vértigo se acompañe de síntomas neurológicos, es indispensable precisar el diagnóstico.

3. Dolor cervicobraquial

En la espondilosis cervical, osteofitos pueden comprimir las raíces nerviosas en el foramen intervertebral, dando lugar al cuadro clínico de compresión. La compresión se produce muy a menudo a nivel de los espacios intervertebrales Cv-vi y Cv-vii¹². Además de la sintomatología cervicobraquial, hay cefaleas, vértigo, sordera y disfagia. Algunos de los síntomas pueden deberse a la compresión de la arteria vertebral o a trastornos funcionales del sistema nervioso simpático. En la compresión por espondilosis, hay también síntomas de las vías largas por debajo de la lesión.

Bajo los síndromes clavipectoriales (*thoracic outlet syndrome*) se incluyen el síndrome de los escalenos, el síndrome costoclavicular y el síndrome del pectoral menor. Son síntomas comunes las parestias, la pérdida de sensibilidad y el entumecimiento de las palmas de las manos y los dedos, especialmente en el lado cubital. Dado que muchas veces se trata de un espasmo muscular, cabe aliviar los síntomas con ejercicios para mejorar la postura, termoterapia y

masaje. Está indicado el tratamiento quirúrgico cuando existen síntomas neurógenos inequívocos con atrofia muscular y alteraciones vasculares.

En los tumores de la región cervical predomina la sintomatología braquiorradicular; se observa asimismo, por debajo de la lesión, debilidad de las extremidades, trastornos y pérdida de la sensibilidad, reflejos tendinosos exagerados, espasticidad, dificultades en la micción, dorsiflexión del dedo gordo del pie y trastornos de la defecación. Los síntomas aparecen por el orden que se han citado²⁵.

Entre las afecciones de la región craneocervical conviene señalar la impresión basilar, en la que, a consecuencia de la anomalía congénita, la parte posterior de la articulación del atlas penetra en la base del cráneo. Esta dolencia, llamada también síndrome de Arnold-Chiari, se caracteriza por ataxia cerebelosa progresiva, trastornos de los nervios craneales inferiores por extensión del tronco cerebral y posiblemente tetraparesia y nistagmo. La dislocación atlantoaxial, que puede ser congénita, traumática o reumática, es otra de las posibles causas de mielopatía en esta región.

Resumen

La tensión nucal es fácil de diagnosticar en la mayoría de los casos. Sin embargo, a veces su localización es atípica, por ejemplo, detrás de los ojos o en la región frontal, pasando inadvertida la relación entre el dolor y la contracción muscular. Confirma el diagnóstico un artefacto por contracción muscular en el registro EEG en la misma localización. Además de una vaga sensación de vértigo, suele ser el temor a padecer una enfermedad grave lo que impulsa al paciente a consultar a su médico. En la mayoría de los casos el examen clínico y neurológico permite diferenciar esta afección de otras dolencias. A los pacientes con tensión nucal se los ha de tratar según un esquema bien definido. En primer lugar, se les tiene que explicar la naturaleza de su afección. Luego, suele bastar una medicación durante cierto tiempo y gimnasia en casa. Si los síntomas se deben a condiciones de trabajo desfavorables, pueden estar indicadas sesiones repetidas de fisioterapia. En caso de no responder al tratamiento, se requerirán exámenes neurológicos y psicossomáticos.

Ejemplos

Caso 1

Administrativa, de treinta y seis años, sana previamente, viene padeciendo desde septiembre de 1982 fuertes cefaleas de intensidad creciente. Posteriormente le sobrevino vértigo vestibular continuo con

tendencia a caerse de espaldas, lo cual indujo a la paciente a consultar a su médico. Se le diagnosticó «tensión nucal» y se le prescribió fisioterapia, que resultó ineficaz. Los síntomas empeoraron y el dolor, occipital primeramente, pasó a la región frontal. Por otro lado, la paciente tenía la sensación de que se le había atragantado algo. Presentaba dolores abdominales altos y debilidad, decidiendo consultar a un neurólogo por tal motivo.

El examen neurológico no reveló ninguna anomalía. Los músculos de la nuca y el hombro estaban contraídos y eran sensibles a la presión. El EEG no evidenció trastornos de la actividad eléctrica cerebral; sin embargo, en las derivaciones frontales aparecía constantemente un artefacto por contracción muscular. Se volvió a instaurar una fisioterapia consistente en tratamiento ultrasónico, masaje y ejercicios de relajación. Durante dicho tratamiento visitó varias veces al neurólogo. Por último, dado que su estado empeoró con el aumento de los vértigos, ingresó en el servicio de neurología. En el momento de su hospitalización, la paciente estaba completamente agotada y hablaba sin ambages de su crisis matrimonial, surgida a raíz de la infidelidad de su marido el verano anterior. Presentó después ansiedad, inseguridad y opresión. Una investigación exhaustiva efectuada en el hospital no reveló anomalías. Un examen psiquiátrico demostró claramente que factores psicogénicos eran responsables en parte de la situación de esta paciente. Se prosiguió el tratamiento, instaurado antes, con amitriptilina y clordiazepóxido.

Una vez concluidos los exámenes pudo darse de alta a la paciente casi asintomática. No se halló ningún signo de enfermedad orgánica, lo cual causó tal alivio a la paciente que indudablemente contribuyó a su recuperación.

Caso 2

Costurera, de veintiocho años, empleada en una fábrica, con buena salud hasta entonces, sin antecedentes de inflamación a nivel del SNC ni pérdidas de conciencia debidas a traumatismo craneal. Sin predisposición especial a las cefaleas en la familia.

Durante algunos años la paciente había tenido ocasionalmente cefaleas, aumentando su frecuencia en los últimos seis meses. Se quejaba de padecer varias veces a la semana, sobre todo por la tarde, dolor terebrante asimétrico en la región cervicooccipital. Sin síntomas prodrómicos, equivalentes convulsivos ni náuseas. Ultimamente, crisis pasajeras de mareo. Tiene hijos, divorciada desde hace dos años y con problemas económicos.

El examen neurológico no reveló anomalías. Sin embargo, los músculos trapecio y cervicales paravertebrales, y sus inserciones occipitales, estaban muy

contraídos y sensibles. Había recibido previamente un medicamento que contenía ácido acetilsalicílico, que no le alivió mucho el dolor. Se le prescribió una asociación de amitriptilina y clordiazepóxido, así como fisioterapia. El examen radiológico evidenció cifosis en la columna cervical. El EEG no reveló nada que pudiera hacer sospechar una etiología intracraneal; en cambio, había constantemente artefactos por contracción muscular. Después del tratamiento, estuvo asintomática un mes, sobreviniendo luego recaídas a intervalos cada vez más cortos. Se envió a la paciente al médico de la empresa. Como tratamiento coadyuvante se le recomendaron una o dos tandas al año de sesiones de fisioterapia (principalmente masajes). La intensidad de los dolores disminuyó considerablemente y los mareos desaparecieron por completo, por lo que pudo suspenderse el tratamiento.

Caso 3

Fontanero-soldador, de cuarenta años de edad, con vértigo y enviado por el médico de la empresa al neurólogo por este motivo. Padecía vértigo desde hacía dos años, sobre todo por la mañana al levantarse y durante el trabajo cuando giraba bruscamente la cabeza. Los vértigos no eran siempre iguales; unas veces tenía la sensación de que giraba todo él o que las cosas a su alrededor daban vueltas y otras, le parecía que se balanceaba o perdía el equilibrio.

El examen neurológico no reveló nada de particular. Se le encontró un nivel alto, de 970 mg por litro, de proteínas en el líquido cefalorraquídeo. Los resul-

tados del examen otoneurológico fueron asimismo negativos. El EEG era normal; en la columna cervical se apreció lordosis acentuada. Dada la gran sensibilidad de la musculatura de la nuca y los hombros, se sentó el diagnóstico provisional de «cefalalgia por tensión muscular» y se instauró una fisioterapia. El estado del paciente mejoró durante el tratamiento y no presentó prácticamente ningún síntoma durante todas las vacaciones de verano, pero después de éstas reaparecieron. Se le aplicó acupuntura a título de ensayo, a la que respondió inicialmente, pero que resultó posteriormente ineficaz. Fue tratado después con un estimulador nervioso transcutáneo, aliviándose con esta terapia algo el intenso dolor nucal y occipital. El aumento de la intensidad del dolor al hacer un esfuerzo repentino levantó la sospecha de que la circulación del líquido cefalorraquídeo estaba bloqueada. La tomografía computarizada del cráneo no reveló anomalías. Mejoró durante cierto tiempo con un tratamiento a base de ácido acetilsalicílico y diazepam. Se volvió a enviar al paciente al médico de la empresa con el diagnóstico de «tensión nucal». A pesar de repetidas tandas de fisioterapia y medicaciones, los síntomas no remitieron de manera satisfactoria. Sin embargo, el paciente sintió un gran alivio al saber que los dolores de cabeza y el vértigo no tenían ninguna causa orgánica.

Sobre demanda le facilitamos gustosamente la bibliografía.

Hexágono <Roche>

Revista para los médicos, editada por

Productos Roche Q.F.S.A. Lima, Perú.

Los artículos no contienen propaganda de preparados.

Redacción: Regine Pöttsch

Responsable de la revisión: Max Zandt

Concepción gráfica: Doris Aebi

Aparece en alemán, castellano, francés, inglés y portugués

Textos e ilustraciones:

© 1986. Editions <Roche>, Basilea, Suiza