

Rev Soc Esp Dolor
2018; 25(6): 362-365

Guía de la Sociedad Americana de Cefaleas para el tratamiento de la cefalea en racimos

DOI: 10.20986/resed.2016.3539/2016

Sr. Director:

La cefalea en racimos o *cluster headache* (CH) es la más común de la familia de los trastornos de dolor de cabeza conocidos como cefaleas trigémino-autonómicas (1). Se calcula que aproximadamente una de cada 1.000 personas sufre CH (2). El CH es considerado uno de los trastornos más graves de cefalea primaria debido al dolor extremo que produce, asociado con síntomas autonómicos y la alta frecuencia de los ataques. Además, una proporción considerable de pacientes con CH tienen CH crónico, que presenta solo unos breves (e incluso ninguno) periodos de remisión, y puede ser particularmente refractario al tratamiento médi-

co. La evidencia sugiere que el CH no es fácil de reconocer, lo que lleva a retrasar el diagnóstico. Además, los pacientes con CH son a menudo tratados de forma subóptima (3).

La Sociedad Americana de Cefaleas (American Headache Society- AHS) ha publicado recientemente una guía basada en una revisión sistemática de la literatura con el fin de proporcionar directrices basadas en la evidencia para el tratamiento agudo y preventivo del CH (4), actualizando la guía de la Academia Americana del Neurología (American Academy of Neurology -AAN) del 2010 (5).

El objetivo de esta nueva guía era responder a las siguientes preguntas clínicas:

1. ¿Qué tratamientos son eficaces para el tratamiento agudo de los ataques de CH?
2. ¿Qué tratamientos son eficaces para reducir la frecuencia de los ataques de CH?

En las Tablas I y II se resumen las principales recomendaciones de esta guía de la AHS (4). Por supuesto, la eficacia debe considerarse en conjunción con los efectos

TABLE I
EFICACIA Y RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO AGUDO DE LA CEFALEA EN RACIMOS
(TRADUCIDA Y ADAPTADA DE LA CITA BIBLIOGRÁFICA 4)

| Tratamiento | Población estudiada | Eficacia | Grado de recomendación |
|---|---|--|----------------------------------|
| <i>Evidencia positiva</i> | | | |
| Sumatriptán (subcutáneo) | CH episódico y crónico | Sumatriptán 6 mg es eficaz en mejorar la respuesta a la cefalea | Nivel A: establecido como eficaz |
| Zolmitriptán (spray nasal) | CH episódico y crónico | Zolmitriptán de 5 mg y 10 mg son eficaces en mejorar la respuesta a la cefalea | Nivel A: establecido como eficaz |
| Oxígeno | CH episódico y crónico | Oxígeno al 100 % a 6-12 l/min es eficaz en mejorar la respuesta a la cefalea | Nivel A: establecido como eficaz |
| Sumatriptán (spray nasal) | CH episódico y crónico | Sumatriptán 20 mg es eficaz en mejorar la respuesta a la cefalea | Nivel B: probablemente eficaz |
| Zolmitriptán (oral) | CH episódico y crónico | Zolmitriptán de 5 mg y 10 mg son eficaces en mejorar la respuesta a la cefalea | Nivel B: probablemente eficaz |
| Estimulación del ganglio esfenopalatino | CH crónico insatisfecho con el tratamiento habitual | Estimulación del ganglio esfenopalatino es eficaz en mejorar la respuesta a la cefalea | Nivel B: probablemente eficaz |
| Cocaína/lidocaína (spray nasal) | CH episódico y crónico | Clorhidrato de cocaína al 10 % y lidocaína al 10 % son eficaces en mejorar la respuesta a la cefalea | Nivel C: posiblemente eficaz |

(Continúa en la página siguiente)

TABLA I (CONT)
EFICACIA Y RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO AGUDO DE LA CEFALEA EN RACIMOS
 (TRADUCIDA Y ADAPTADA DE LA CITA BIBLIOGRÁFICA 4)

| <i>Tratamiento</i> | <i>Población estudiada</i> | <i>Eficacia</i> | <i>Grado de recomendación</i> |
|---------------------------------|----------------------------|--|--|
| <i>Evidencia positiva</i> | | | |
| Octreotide (subcutáneo) | CH episódico y crónico | Octreotide 100 µg es eficaz en mejorar la respuesta a la cefalea | Nivel C: posiblemente eficaz |
| <i>Evidencia insuficiente</i> | | | |
| Dihidroergotamina (spray nasal) | CH episódico | Evidencia insuficiente que dihidroergotamina 1 mg es eficaz en mejorar la respuesta a la cefalea | Nivel U: evidencia insuficiente para hacer recomendación |
| Somatostatina | CH episódico y crónico | Evidencia insuficiente que somatostatina 25 µg es eficaz en mejorar la respuesta a la cefalea | Nivel U: evidencia insuficiente para hacer recomendación |
| Prednisona | No especificado | Evidencia insuficiente que prednisona 30 mg es eficaz en mejorar la respuesta a la cefalea | Nivel U: evidencia insuficiente para hacer recomendación |

CH: Cluster headache.

TABLA II
EFICACIA Y RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE LA CEFALEA EN RACIMOS
 (TRADUCIDA Y ADAPTADA CITA 4)

| <i>Tratamiento</i> | <i>Población estudiada</i> | <i>Eficacia</i> | <i>Grado de recomendación</i> |
|--------------------------------------|----------------------------|--|----------------------------------|
| <i>Evidencia positiva</i> | | | |
| Inyección suboccipital de esteroides | CH episódico y crónico | Inyección única o serie de inyecciones con corticosteroides a nivel suboccipital son eficaces en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel A: establecido como eficaz |
| Civamide (spray nasal) | CH episódico | 100 µl de civamide al 0,025 % en cada fosa nasal/día es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel B: probablemente eficaz |
| Litio | CH episódico y crónico | Litio 900 mg es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel C: posiblemente eficaz |
| Verapamilo | CH episódico y crónico | Verapamilo 360 mg/día es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel C: posiblemente eficaz |
| Warfarina | CH crónico refractario | Warfarina diariamente con un INR (<i>International Normalized Ratio</i>) entre 1,5 y 1,9 es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel C: posiblemente eficaz |
| Melatonina | CH episódico y crónico | Melatonina 10 mg cada noche es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel C: posiblemente eficaz |

(Continúa en la página siguiente)

TABLA II (CONT.)
EFICACIA Y RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE LA CEFALEA EN RACIMOS
(TRADUCIDA Y ADAPTADA CITA 4)

| <i>Tratamiento</i> | <i>Población estudiada</i> | <i>Eficacia</i> | <i>Grado de recomendación</i> |
|--------------------------------|----------------------------|---|--|
| <i>Evidencia insuficiente</i> | | | |
| Frovatriptán | CH episódico | Evidencia insuficiente que frovatriptán 5 mg/día es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel U: evidencia insuficiente para hacer recomendación |
| Capsaicina (intranasal) | CH episódico y crónico | Evidencia insuficiente que la capsaicina 0,025 % en crema aplicada dos veces al día es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel U: evidencia insuficiente para hacer recomendación |
| Tolerancia a los nitratos | CH crónico | Evidencia insuficiente que la tolerancia de mononitrato de isosorbida 30 mg tres veces al día es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel U: evidencia insuficiente para hacer recomendación |
| Prednisona | No especificado | Evidencia insuficiente que prednisona 20 mg en días alternos es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel U: evidencia insuficiente para hacer recomendación |
| <i>Evidencia negativa</i> | | | |
| Valproato sódico | CH episódico y crónico | Valproato sódico 1.000-2.000 mg al día no es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel B: probablemente ineficaz |
| Sumatriptán | CH episódico y crónico | Sumatriptán 100 mg tres veces al día no es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel B: probablemente ineficaz |
| Estimulación cerebral profunda | CH crónico refractario | La estimulación cerebral profunda hipotalámica unilateral no es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel B: probablemente ineficaz |
| Cimetidina / clorfeniramina | No especificado | Cimetidina 800-2.000 mg y clorfeniramina 16-20 mg no son eficaces en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel C: posiblemente ineficaz |
| Misoprostol | CH crónico refractario | Misoprostol 300 µg al día no es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel C: posiblemente ineficaz |
| Oxígeno (Hiperbárico) | CH episódico y crónico | Oxígeno hiperbárico al 100 % no es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel C: posiblemente ineficaz |
| Candesartán | CH episódico | Candesartán 32 mg al día no es eficaz en la reducción de la frecuencia de los ataques | Nivel C: posiblemente ineficaz |

CH: Cluster headache.

secundarios, los riesgos, las preferencias del paciente, el coste y otros factores al hacer recomendaciones en el tratamiento.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

A. Alcántara Montero, C. I. Sánchez Carnerero¹
Unidad del Dolor. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Don Benito, Badajoz. ¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

Correspondencia: Antonio Alcántara Montero
a.alcantara.montero@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013;33(9):629-808. DOI: 10.1177/0333102413485658.
2. Fischera M, Marziniak M, Gralow I, Evers S. The incidence and prevalence of cluster headache: A meta-analysis of population-based studies. *Cephalalgia* 2008;28(6):614-8. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2008.01592.x.
3. Voiticovschi-Iosob C, Allena M, de Cillis I, Nappi G, Sjaastad O, Antonaci F. Diagnostic and therapeutic errors in cluster headache: A hospital-based study. *J Headache Pain* 2014;15:56. DOI: 10.1186/1129-2377-15-56.
4. Robbins MS, Starling AJ, Pringsheim TM, Becker WJ, Schwedt TJ. Treatment of Cluster Headache: The American Headache Society Evidence-Based Guidelines. *Headache* 2016;56(7):1093-106. DOI: 10.1111/head.12866.
5. Francis GJ, Becker WJ, Pringsheim TM. Acute and preventive pharmacologic treatment of cluster headache. *Neurology* 2010;75(5):463-73. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181eb58c8.