

Cefalea cardíaca: ¿una entidad infradiagnosticada?

Jesús Gutiérrez Morlote^a, José M. Fernández García^b, Juan J. Timiraos Fernández^b, Miguel Llano Catedral^a, Eloy Rodríguez Rodríguez^c y Julio Pascual Gómez^c

^aServicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

^bServicio de Neurología. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

^cServicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

La cefalea cardíaca, o cefalea como manifestación de isquemia miocárdica, es una entidad individualizada recientemente. Su diagnóstico en un paciente con cardiopatía isquémica requiere una cefalea intensa, acompañada de náuseas y empeorada por el ejercicio, que cede tras la administración de nitratos. Presentamos los casos de 2 pacientes que cumplían estos criterios diagnósticos. En ambos, esta cefalea fue el único síntoma de isquemia coronaria, lo que retrasó el diagnóstico, aconteció con esfuerzos y en reposo, y sólo cedió tras la administración de nitratos. La cefalea cardíaca ha de sospecharse en pacientes con cardiopatía isquémica que consultan por cefalea de reciente comienzo, aunque no presenten dolor torácico, sobre todo si mejoran con nitratos. El diagnóstico diferencial con la migraña es crucial de cara a evitar medicaciones vasoconstrictoras.

Palabras clave: Cefalea cardíaca. Cardiopatía isquémica.

Cardiac Cephalgia: an Underdiagnosed Condition?

Cardiac cephalgia, or headache occurring as manifestation of myocardial ischemia, has only recently been recognized as a distinct entity. In patients with known ischemic cardiopathy, its diagnosis depends on the presence of severe headache that is accompanied by nausea, worsened by physical exercise, and only ceases with nitrate administration. We report on two patients who met diagnostic criteria for this entity. In both, headache was the only symptom of coronary ischemia, and delayed its diagnosis. Headache occurred both at rest and during exertion, and resolved only after the administration of nitrates. Cardiac cephalgia should be suspected in patients with a history of ischemic cardiopathy who present with de novo headache, even when thoracic pain is absent, especially if the headache improves with nitrates. Differential diagnosis with migraine is crucial to avoid the administration of vasoconstrictors.

Key words: Cardiac cephalgia. Ischemic heart disease. Nitrate therapy.

Full English text available at: www.revespcardiol.org

INTRODUCCIÓN

La cefalea cardíaca se individualizó en el año 1997¹. Estos autores comunicaron 2 casos personales y revisaron 5 más publicados con anterioridad de pacientes que habían consultado por cefalea como manifestación de isquemia miocárdica, y propusieron el término «cefalea cardíaca». Los 7 pacientes habían presentado cefalea relevante coincidente con ejercicio físico simultáneamente a isquemia miocárdica. Esta cefalea desapareció con el tratamiento médico o de revascularización propio de la cardiopatía isquémica. Recientemente, la International Headache Society ha

incluido la cefalea cardíaca como entidad específica en la revisión de la clasificación de las cefaleas². En la tabla 1 mostramos sus criterios diagnósticos.

Nuestro objetivo es llamar la atención en nuestro medio acerca de esta novedosa entidad, presentando los primeros 2 casos de cefalea cardíaca recogidos en lengua castellana.

TABLA 1. Criterios diagnósticos de cefalea cardíaca

- Cefalea, que puede ser intensa, agravada por esfuerzo y acompañada de náuseas y de los criterios C y D
- Antecedentes de isquemia miocárdica aguda
- La cefalea se desarrolla concomitantemente con isquemia miocárdica aguda
- La cefalea se resuelve y no recurre tras tratamiento médico eficaz para la isquemia miocárdica aguda o tras la revascularización coronaria

Tomada de la International Headache Society².

Correspondencia: Dr. J. Pascual Gómez.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Avda. Marqués de Valdecilla, s/n. 39008 Santander. España. Correo electrónico: julio Pascual@telefonica.net

Recibido el 4 de febrero de 2005.

Aceptado para su publicación el 13 de mayo de 2005.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Mujer de 74 años que ingresa en la planta de neurología de nuestro hospital por cefalea invalidante de 15 días de evolución. Había presentado un ictus isquémico, que curó sin secuelas, en 1985, era obesa y estaba en tratamiento con antidiabéticos orales. No refería migraña. Tres meses antes había presentado un episodio sincopal de 1 min de duración de etiología no filiada. Desde entonces hacía vida limitada a cama-sillón. La paciente fue ingresada por episodios de cefalea, de entre minutos y horas de duración, con una frecuencia de entre 1 y 4 veces al día, de localización en ambas sienes, pulsátiles con náuseas. El estudio analítico sistemático, la radiografía de tórax, el electrocardiograma y la tomografía computarizada de cráneo fueron normales. Los episodios no cedieron con paracetamol ni con ketorolaco. Al tercer día la paciente avisó, mientras estaba encamada, por un nuevo episodio de cefalea invalidante acompañado de náuseas, sudación y una leve sensación de opresión centrotorácica. Un ECG mostró descenso del segmento ST en cara anterior (fig. 1). Tanto la cefalea como las alteraciones electrocardiográficas cedieron rápidamente con nitratos sublinguales. Tras este episodio, los valores de creatinina y troponina I, que en el momento del ingreso eran normales, subieron a 194 y 0,25 (valores normales, 190 y < 0,04, respectivamente). Horas después se repitió un episodio idéntico. La paciente quedó asintomática tras ser tratada con un parche de 15 mg de nitroglicerina.

Caso 2

Mujer de 64 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia y cardiopatía isquémica (IAM previo), en tratamiento con insulina, aspirina, enalapril, furosemida y simvastatina. No refería migraña. Aquejaba cefalea de presentación diaria, bien con el esfuerzo físico, bien interrumpiendo su sueño nocturno. La cefalea era intensa, opresiva, preferentemente unilateral, en ocasiones con irradiación a la mandíbula. Su duración habitual era de 1 h. No refería dolor torácico, disnea, sudación o malestar abdominal. La exploración, las determinaciones de laboratorio y la neuroimagen fueron normales. La paciente había apreciado espontáneamente que la toma de nitritos, que utilizaba por episodios de angina, lograba la desaparición en minutos de la cefalea. Falleció súbitamente a los 6 meses del inicio de sus cefaleas. No se determinaron las concentraciones de las enzimas cardíacas, ni se realizó un electrocardiograma durante los episodios de cefalea.

DISCUSIÓN

Los dos casos descritos cumplen los criterios requeridos para el diagnóstico de cefalea cardíaca al presentar,

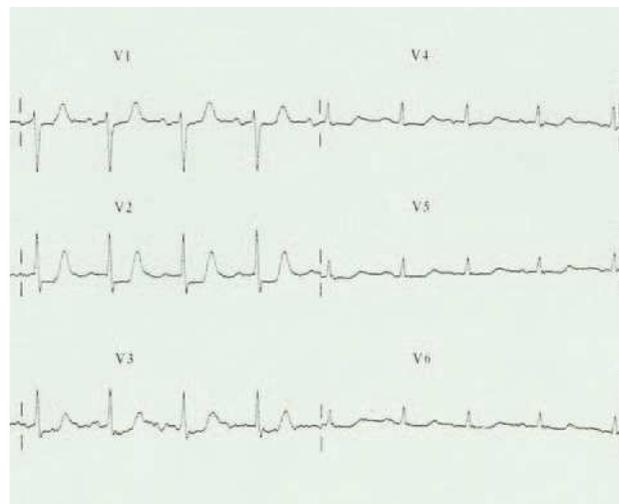


Fig. 1. Detalle del electrocardiograma del caso 1 durante un episodio de cefalea en la que se observa descenso del segmento ST en las derivaciones V2 a V4. Este descenso desapareció tras la administración sublingual de nitratos.

concomitantemente con episodios de isquemia miocárdica, cefalea intensa acompañada de náuseas que se resuelve tras la administración de nitratos^{1,2}. Esta entidad ha de sospecharse ante cualquier cefalea *de novo* que se inicia después de los 50 años en pacientes con factores de riesgo vascular y, sobre todo, cardiopatía isquémica. La respuesta a los nitratos permite confirmar el diagnóstico. Como demuestran nuestros pacientes, no siempre la cefalea coincide con el dolor torácico propio de isquemia miocárdica, ni se presenta en relación con esfuerzo. Al igual que la angina, la cefalea cardíaca puede acontecer en reposo, lo que ya fue descrito por nosotros en el primer paciente español con este diagnóstico³. La cefalea cardíaca es considerada como una entidad muy rara. Nuestra experiencia, con 3 casos recientes, y la descripción en los últimos años de un número creciente de casos⁴, sugieren que esta entidad es más frecuente de lo que se pensaba. Con toda seguridad la cefalea, o bien pasa inadvertida en el seno de su cuadro más preocupante de isquemia miocárdica, o bien es erróneamente interpretada como secundaria a nitratos, al ser un efecto adverso bien conocido de este grupo farmacológico, sobre todo en pacientes con migraña. El reconocimiento de la cefalea cardíaca no es baladí. El diagnóstico diferencial con la migraña, cefalea muy similar, es crucial para evitar la administración de medicaciones con capacidad vasoconstrictora, tales como ergóticos y triptanes, contraindicadas en pacientes con cardiopatía isquémica. Por tanto, es necesario que los cardiólogos estén familiarizados con las claves diagnósticas de esta entidad.

Cabe preguntarse, para finalizar, cuál sería el mecanismo fisiopatológico de esta entidad. Se han propuesto 3 teorías. La cefalea podría ser un dolor referido, similar al que acontece en el hombro en las

lesiones hepáticas. Hay, efectivamente, una conexión de la vía central cardíaca con las aferencias dolorosas craneales. Así, las fibras simpáticas cardíacas parten de los ganglios cervicales, que también inervan las estructuras craneales sensibles al dolor⁵. La segunda hipótesis apunta a que la cefalea sería secundaria a la hipertensión intracraneal por estasis venosa secundaria a una disminución transitoria del gasto cardíaco⁶. Finalmente, se ha propuesto que la cefalea cardíaca sería secundaria a la liberación local, en el músculo cardíaco, de mediadores químicos capaces de inducir dolor a distancia, en este caso cefalea. Como potenciales sustancias algógenas se han propuesto la serotonina, la bradicinina, la histamina o la sustancia P. El incremento en la presión intracardíaca durante los episodios de angina podría también provocar la liberación de los denominados péptidos natriuréticos, que podrían inducir cefalea por su importante capacidad de dilatación de la vasculatura cerebral⁷⁻⁹.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. F. Sábada su inestimable ayuda en la preparación del caso 2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lipton RB, Lowenkopf T, Bajwa ZH, Leckie RS, Ribeiro S, Newman LC, et al. Cardiac cephalgia: a treatable form of exertional headache. *Neurology*. 1997;49:813-6.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. *Cephalalgia*. 2004;24 Suppl 1:1-160.
3. Gutiérrez-Morlote J, Pascual J. Cardiac cephalgia is not necessarily an exertional headache. *Cephalalgia*. 2002;22:765-6.
4. Chen SP, Fuh JL, Yu WC, Wang SJ. Cardiac cephalgia. Case report and review of the literature with new ICHD-II criteria revisited. *Eur Neurol*. 2004;51:221-6.
5. Williams PL, Warwick R, Dyson M, eds. *Gray's anatomy*, 37th ed. Livingstone: Edinburgh-Churchill; 1989. p. 1158-63.
6. Guazzi M, Polese A, Fiorentini C, Magrinin F, Olivari MT, Bartorelli C. Left and right heart hemodynamics during spontaneous angina pectoris. *Br Heart J*. 1975;37:401-13.
7. Haug C, Metzke A, Kochs A, Hombach V, Grunert A. Plasma brain peptide and atrial natriuretic peptide concentrations correlate with left ventricular end-diastolic pressure. *Clin Cardiol*. 1993;16:553-7.
8. García R, Cantin M, Thibault G, Ong H, Genest J. Relationship of specific granules to the natriuretic and diuretic activity of rat atria. *Experientia*. 1982;38:1071-3.
9. Yoshimura M, Yasue H, Morita E, Sakaino N, Jougasaki M, Kurose M, et al. Hemodynamic, renal and hormonal responses to brain natriuretic peptide infusion in patients with congestive heart failure. *Circulation*. 1991;84:1581-8.