

¿Cefalea cardiaca infradiagnosticada?

Sr. Editor:

Hemos leído recientemente el artículo de Gutiérrez Morlote et al¹ publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, sobre el cual nos gustaría realizar algunos comentarios. En dicho trabajo, los autores nos describen los casos de 2 pacientes que podrían presentar cefalea como consecuencia de isquemia miocárdica. Los autores citan que la International Headache Society definió como criterios diagnósticos para «cefalea cardiaca» la presencia de cefalea intensa, agravada por el esfuerzo, que se desarrolla concomitantemente con isquemia miocárdica aguda y se resuelve y no recurre tras un tratamiento eficaz para la isquemia miocárdica². En el artículo¹ se describen 2 casos de esta entidad; el primero de ellos cumple estos criterios diagnósticos, pues se aprecia descenso del segmento ST en el electrocardiograma durante la cefalea y se documenta asimismo elevación de los marcadores de daño miocárdico, además de no recurrir la cefalea tras el tratamiento con nitratos; sin embargo, en el segundo caso descrito no hay evidencia de isquemia miocárdica durante los episodios pues, como los autores citan, no se realizó electrocardiograma ni otro test de detección de isquemia, simplemente se trataba de cefalea que cedía con nitratos (lo cual se puede atribuir a efecto placebo) y, por tanto, no se puede afirmar que cumpla los criterios diagnósticos para esta entidad².

Cuando un nuevo síndrome surge en la bibliografía médica, es de gran interés informar a la comunidad científica los casos de nuevos diagnósticos y las posibles aportaciones a su conocimiento, pero siempre desde la prudencia y el rigor, evitando incitar a la búsqueda del proceso, pues ello puede ser motivo de errores diagnósticos.

La aparición de cefalea como consecuencia de isquemia miocárdica es posible por varios mecanismos. Puede tratarse de dolor referido, similar al que algunos pacientes nos describen en la nuca, el cuello o el paladar, puede estar en relación con la liberación de neurohormonas o simplemente deberse a alteraciones hemodinámicas. De hecho, con frecuencia, los episodios de angina se asocian con elevación simultánea de la presión arterial, lo cual podría ser motivo de cefalea. No obstante, por ahora debemos considerar la cefalea cardíaca como una entidad muy infrecuente³, con unos criterios diagnósticos concretos^{2,3}, que puede estar o no infradiagnosticada, pero que ante todo debemos evitar sobre-diagnosticar. De lo contrario, los cardiólogos podemos empezar a recibir en nuestra consulta a pacientes con cefalea para descartar una cardiopatía isquémica y en los servicios de urgencia se puede empezar a solicitar electrocardiogramas, determinaciones enzimáticas y valoraciones cardiológicas a todos los pacientes con este síntoma.

Juan C. Gallego Page
y Manuel Aguilera Saldaña

Servicio de Cardiología.
Complejo Hospitalario de Albacete. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Morlote J, Fernández García JM, Timiraos Fernández JJ, Llano Catedral M, Rodríguez Rodríguez E, Pascual Gómez J. Cefalea cardíaca: ¿una entidad infradiagnosticada? Rev Esp Cardiol. 2005;58:1476-8.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. Cephalgia. 2004;24 Suppl 1:1-160.
3. 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.

Respuesta

Sr. Editor:

En nuestra opinión, Gallego y Aguilera hacen una lectura inadecuada del contenido de nuestro artículo en el que mostramos 2 casos de cefalea cardíaca. Los citados autores aceptan que el caso 1 cumple los criterios diagnósticos exigidos por la Internacional Headache Society. Coincidimos que el caso 2 no cumple estrictamente estos criterios diagnósticos, ya que no se documentó la isquemia miocárdica concomitante. Eso no significa, sin embargo, que la paciente no presentara una cefalea cardíaca. Las características clínicas de la paciente, con cardiopatía isquémica activa y repleta de factores de riesgo vascular, y de su cefalea son del todo compatibles con este diagnóstico. La reiterada e inmediata respuesta a los nitratos, que la enferma refería de manera espontánea, difícilmente podría aceptarse que fuera debida a un efecto placebo como afirman los autores, ya que la

cefalea es el efecto secundario más frecuente de estos fármacos. Si no se confirmó el diagnóstico fue precisamente por el lógico desconocimiento de sus médicos de esta entidad, cuyo diagnóstico no sospecharon en vida. En neurología, y en concreto en el campo de las cefaleas, muchos de los diagnósticos siguen residiendo en criterios puramente clínicos. La cardiología es una especialidad mucho más avanzada en el terreno de la confirmación diagnóstica mediante pruebas complementarias, pero ¿no diagnosticarían clínicamente los autores de angina a un paciente mayor y con múltiples factores de riesgo vascular con un dolor centrotorácico de características típicas, a pesar de que no se hubiera practicado un ECG? Estamos seguros de que sí. Es importante recordar, por tanto, que en muchos casos todavía la historia clínica por sí misma, teniendo muy en cuenta las características del paciente, es suficiente para emitir un diagnóstico clínico de certeza, como creemos que ocurrió en nuestro caso 2 y para el que los citados autores no ofrecen un diagnóstico alternativo.

Concluir, como hacen Gallego y Aguilera, a partir de nuestro artículo en el que presentamos únicamente 2 casos y procedentes de 2 hospitales diferentes que «los cardiólogos podemos empezar a recibir en nuestra consulta a pacientes con cefalea para descartar cardiopatía isquémica y en los servicios de urgencia se puede empezar a solicitar electrocardiogramas, determinaciones enzimáticas y valoraciones cardiológicas a *todos* los pacientes con este síntoma» es innecesariamente alarmista. En ningún caso se afirma en nuestro manuscrito que ésta sea una entidad frecuente, sino todo lo contrario. Entre interrogantes en el título se apunta la posibilidad, que estamos seguros de que es cierta por el creciente número de casos comunicados los últimos 2 años, que esté infradiagnosticada, por su desconocimiento y falta de individualización hasta fechas muy recientes. En el texto dejamos claro que esta entidad «ha de sospecharse en cefaleas *de novo* que se inician después de los 50 años en pacientes con factores de riesgo vascular y cardiopatía isquémica y que ceden con nitritos». Dado que es más que excepcional que las cefaleas primarias comiencen por encima de los 50 años y más aún en pacientes con ateromatosis, los autores pueden estar tranquilos porque estamos seguros de que, simplemente siguiendo estas sensatas recomendaciones de la International Headache Society, las consultas de cardiología no se verán sobrecargadas por pacientes con cefalea, ni en urgencias se solicitarán estos estudios complementarios a *todos* los pacientes con cefalea. Para terminar, nos gustaría aprovechar esta oportunidad para recordar que, aunque la cefalea cardíaca es una entidad rara, su reconocimiento no es baladí. El diagnóstico diferencial con la migraña es crucial para evitar la habitual administración de medicaciones vasoconstrictoras. Nuevamente, la correcta historia clínica es la clave en el diagnóstico de estos pacientes ya que, aunque la cefalea de la migraña es muy parecida a la cefalea cardíaca, la migraña no se inicia en mayores de 50 años, es excepcional en pacientes con ateromatosis y empeora característicamente con los nitritos.

Julio Pascual-Gómez^a
y José Gutiérrez-Morlote^b

^aServicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

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