



CEFALEES TRIGÈMIN-AUTONÒMIQUES (CTA)

Redactors: Grup d'Estudi de la Cefalea (GRECAP) de la CAMFiC
 Coordinadora: Anna Aymamí
 Autores: Anna Aymamí, Marta Bandrés, Eva M^a Calvo, Khammi Ibrahim, M^a Carme Gisbert, Silvia Copetti
 Revisora: Marta Torres
 Membre del Grup d'Estudi de Cefalees de la Societat Catalana de Neurologia



CEFALEES TRIGÈMIN-AUTONÒMIQUES (CTA)

Les cefalees trigèmin-autonòmiques són cefalees primàries i s'inclouen en el Grup I de la Classificació Internacional de Cefalees (ICHD-3). Són la cefalea en agrupaments (CA), l'hemicrània paroxística, les cefalees neuralgiformes unilaterals de breu durada (SUNCT i SUNA) i l'hemicrània contínua.

Es caracteritzen per:

- Cefalea molt intensa
- Estrictament unilateral
- Síntomes vegetatius (autonòmics) característics ipsilaterals al dolor
- Perfil temporal típic



El diagnòstic es basa en criteris clínics.

Encara que són cefalees primàries, es sol·licitarà sempre una neuroimatge (RM) per descartar una patologia secundària (de fossa posterior o zona pituitària) que pot donar un quadre clínic similar.

CEFALEES TRIGÈMIN-AUTONÒMIQUES

Cefalea en agrupaments (CA)	Hemicrània paroxística	Cefalea neuralgiforme unilateral de breu durada	Hemicrània contínua	Cefalea trigèmin-autonòmica probable
<ul style="list-style-type: none"> • Episòdica • Crònica 	<ul style="list-style-type: none"> • Episòdica • Crònica 	amb injecció conjuntival i llagrimeig (SUNCT) <ul style="list-style-type: none"> • SUNCT episòdica • SUNCT crònica 	amb símptomes autonòmics cranials (SUNA) <ul style="list-style-type: none"> • SUNA episòdica • SUNA crònica 	

	CEFALEA EN AGRUPAMENTS (CA)	HEMICRÀNIA PAROXÍSTICA	SUNCT SUNA	HEMICRÀNIA CONTÍNUA
Edat inici	+/- 30 anys	+/- 30 anys	+/- 50 anys	+/- 30 anys
Prevalença	1/1000	0'5/1000	0'5/1000	Desconeguda
Sexe H/D	3/1	1/2	1'5/1	1/2
Dolor	Punxant, profund, cremant	Pulsatiu, punxant	Cremant, punxant	Opressiu, pesat
Intensitat	Atroç, molt intens	Atroç, molt intens	Intens a molt intens	Lleuger a moderat
Localització	Orbitària i periorbitària, a la zona temporal	Orbitària, a la zona temporal	Periorbitària, retroocular, frontal	Hemicranial, anterior
Signes autonòmics ipsilaterals al dolor	Injecció conjuntival i/o llagrimeig Congestió nasal i/o rinorrea Edema palpebral Sudoració frontal i facial Rubefacció frontal i facial Sensació de taponament a les orelles Inquietud o agitació	Injecció conjuntival Congestió nasal i/o rinorrea Edema palpebral Sudoració i/o rubefacció frontal i/o facial Sensació de taponament a les orelles	SUNCT Injecció conjuntival i llagrimeig SUNA Injecció conjuntival i/o llagrimeig	Injecció conjuntival Congestió nasal i/o rinorrea Edema palpebral Sudoració i/o rubefacció frontal i/o facial Sensació de taponament a les orelles
Miosi	Poc freqüent	Poc freqüent	Poc freqüent	Poc freqüent
Durada dels atacs	15-180 min	2-30 min	5-240 s	Exacerbacions de 20 min a dies
Freqüència atacs	1-8 al dia	1-40 al dia	3-200 al dia	Constant
Patrò temporal	En agrupaments o brots setmanes-mesos (80%) Crònica (20%)	Episòdica (20%) Crònica (80%)	Crònica poden haver-hi remissions	Crònica amb exacerbacions
Crisis nocturnes	Freqüents	+/- 30%	No	No
Maniobres desencadenants	Alcohol Vasodilatadors Alçada	+/- 10% moviment cervical	Freqüents Moviment cervical Punts gatell a V1, V2 i V3	
Resposta a la indometacina	No	INDOTEST: s'utilitza com a test diagnòstic S'administra indometacina 50-150 mg Remissió total dels símptomes	No	INDOTEST: s'utilitza com a test diagnòstic S'administra indometacina 50-150 mg Remissió total dels símptomes en 60-90 minuts

Mark Burish, Headache 2018

CRITERIS DIAGNÒSTICS DE LA CEFALEA EN AGRUPAMENTS (CA)

A. Almenys **cinc atacs** que compleixen els criteris B-D

B. Mal de cap **estrictament unilateral** d'intensitat alta o molt alta a la regió orbitària, supraorbitària o temporal, amb una durada de 15 a 180 minuts sense tractament

C. Qualsevol o els dos següents:

1. Almenys un dels següents símptomes o signes homolaterals a la cefalea:
 - a) Injecció conjuntival i/o llagrimeig
 - b) Congestió nasal i/o rinorrea
 - c) Edema palpebral
 - d) Sudoració frontal i facial
 - e) Miosi i/o ptosi
2. **Inquietud o agitació**

D. La freqüència dels atacs varia entre **un cop cada dos dies i vuit al dia**

E. Sense millor explicació per fer un altre diagnòstic de la ICHD-III, és una cefalea primària

TRACTAMENT DE LA CEFALEA EN AGRUPAMENTS (CA)

Tractament mèdic

Simptomàtic

Preventiu (iniciar si 1-2 crisis conjuntament)

Preventiu de curta durada Actuació ràpida

Preventiu de llarga durada Actuació retardada

Simptomàtic	DOSIS	NE	GR	CONTRAINDICACIONS
Oxigen	FiO ₂ 100% 7-12 l/min mínim (15 minuts o fins a finalitzar la crisi) Pacient assegut, respirar lentament i amb mascareta	I	A	Precaució MPOC Insuficiència respiratòria
Sumatriptan	6 mg subcutani d'elecció (màx. 2). Resolució del dolor en 15 min, 95% de les crisis 20 mg intranasal	I	A	Cardiopatia isquèmica Vasculopatia cerebral o perifèrica HTA mal controlada
Zolmitriptan	5-10 mg intranasal. Millora 50% de les crisis en 30 min			
Lidocaïna	Esprai o gotes 1 ml (4-10%). Fossa nasal ipsilateral al dolor Pacient en decúbit i amb el cap baixat i girat cap al costat del dolor durant 5 min Efecte ràpid però moderat (1/3 pacients)	IV	B	
Evitar precipitant	Alcohol-Tabac-Excés o dèficit de son-Exposició a l'alçada-Fàrmacs vasodilatadors	V	C	

El tractament de transició (T) cal iniciar-lo a l'atenció primària a l'espera de la visita amb el neuròleg.

Tractament preventiu de curta durada

Iniciar els 2 a la vegada (de curta i llarga durada)	DOSIS	NE	GR	PRECAUCIONS
Corticoides	Prednisona 60-100 mg/dia Durant 5-7 dies Reducció de 10 mg cada 2 o 3 dies	IV	C	Pacients amb diabetis, hipertensió, infeccions, ulcus duodenal
Prednisona				
Metilprednisolona	250 mg/dia/3 dies ev Seguir amb prednisona oral	IV	C	No prolongar el tractament més de 3 setmanes ni repetir-lo més de 2 cops l'any
Ergotamina	Tartrat d'ergotamina 1-4 mg en 2 preses via oral o rectal			Intolerància gàstrica Ergotisme Contraindicat: embaràs, patologia vascular
Bloqueig anestèsic d'ambdós nervis occipitals	Lidocaïna + corticoides depot	II	B	Atròfia cutània amb alopecía focal habitualment reversible

Tractament preventiu de llarga durada

Iniciar els 2 a la vegada (de curta i llarga durada)	DOSIS	CONTROLS	PRECAUCIONS
	Triguen 2 setmanes o més a exercir la seva acció		
1ª LÍNIA			
Verapamil	240 mg/dia (80 mg/8 hores) 200-960 mg/dia en 2-3 dosis	Control ECG si dosi >480 mg/dia	Estrenyiment, fatiga, edemes, braquicàrdia, bloqueig cardíac, hiperplàsia gingival
2ª LÍNIA			
Liti	S'inicia amb 200 mg/12 hores i s'augmenta 200 mg/7 dies fins a millora clínica o litèmia per sobre de 0'4-0'8	Analítica: litèmia, funció renal i tiroïdal, leucòcits	Tremolors, diarrea, poliúria
Topiramát	200-900 mg en 2-3 dosis		Efectes de toxicitat: náusees, tremolors, agitació, insomni, confusió, disàrtria, atàxia, crisis convulsives Hipotiroidisme. Insuficiència renal
3ª LÍNIA			
Gabapentina	Fins a 2400 mg/dia		
Melatonina	10 mg		

TRACTAMENT

	SIMPTOMÀTIC	PREVENTIU	GR	NE	PRECAUCIONS
Hemicrània paroxística	No efectiu	● Indometacina oral Dosi inicial: 25 mg/8 h-Màxim: 225 mg/dia Si intolerància: ● Verapamil 240-320 mg/dia ● Celecoxib 200-400 mg/dia	C	IV	
Cefalees unilaterals de breu durada SUNA		● Lamotrigina: 10-300 mg/dia inici: 25 mg/dia ● Gabapentina: 800-2700 mg/dia ● Topiramát: 50-300 mg/dia ● Tractament quirúrgic	C	IV	
SUNCT					
Hemicrània contínua		● Indometacina 25-300 mg Tractament probablement indefinit Dosi mínima eficaç Si intolerància: ● Celecoxib 200-400 mg/dia	C	IV	

CRITERIS DE DERIVACIÓ DE LES CEFALEES TRIGÈMIN-AUTONÒMIQUES

Consulta externa de neurologia	● Derivació preferent de totes les CTA ● Cefalea en agrupaments en brot: iniciar tractament preventiu i de transició a assistència al tractament oral
Urgències	● Si presenta mala resposta al tractament oral o estat trigèmin-autonòmic

BIBLIOGRAFIA

- Burish M. Cluster Headache and Other Trigeminal Autonomic Cephalalgias. Continuum (Minneapolis). 2018;24(4, Headache):1137-56.
Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia [Internet]. 2018;38(1):1-211.
Huerta M, Pozo P, Prat J, Roig C, Belvis R, Cano A, et al. Guia oficial de diagnòstic i tractament de la cefalea de la societat catalana de neurologia. Barcelona; 2011.
Leone M, Bussone G, Besta NC. Pathophysiology of trigeminal autonomic cephalalgias. Lancet Neurol. 2009;8(8):755-64.
Pozo-Rosich P, Ezpeleta D. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2015. 3. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Pozo-Rosich P, Ezpeleta D, editors. Madrid; 2015.