

Cefalea occipital

Anduaga Aguirre MA, González-Mohíno Loro MB, Sánchez García ME, Handi Mansour F, Palmer Ruiz A

Servicio de Urgencias. Hospital General de Lanzarote. Las Palmas de Gran Canaria

Las cefaleas de localización occipital son raras. Entre sus causas se encuentra la "neuralgia occipital" (antes denominada "Neuralgia de Arnold"). El origen primario de la misma es igualmente raro; sus causas suelen ser secundarias (*tabla 1*), la más frecuente una contracción muscular crónica que condiciona una isquemia neural¹. El espasmo muscular y el dolor se asocian al atrapamiento de los nervios occipitales, lo que, a su vez, provoca dolor localizado y contracción muscular y genera un círculo vicioso de *espasmo-dolor-espasmo*^{1,2}.

Tabla 1. CAUSAS DE CEFALEA OCCIPITAL

- Traumatismo (latigazo cervical).
- Contusión occipital.
- Compresión vertebral.
- Postcraneotomía occipital.
- Herpes zoster.
- Gota.
- Diabetes mellitus.
- Inflamación vascular.

Su prevalencia es más frecuente en mujeres durante la quinta década de la vida. La clínica se presenta en forma de dolor occipital que parte de la unión cérvico-occipital y se irradia hacia vértex. Puede ser paroxístico o continuo, casi siempre unilateral y de carácter punzante. No son frecuentes los puntos gatillo; sin embargo, la percusión o presión sobre el nervio afectado induce disestesia-parestesia de la zona o, más raramente, mejoría del dolor^{2,3}.

La "Internacional Headache Society" ha establecido unos criterios diagnósticos para el cuadro (*tabla 2*)⁴. El diagnóstico es clínico y en ocasiones se utiliza el bloqueo neural como confirmación y parte del tratamiento.

Tabla 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA INTERNACIONAL HEADACHE SOCIETY

1. Dolor que se siente en la distribución de los nervios occipital mayor o menor.
2. Dolor de tipo punzante, aunque un dolor punzante puede persistir entre los paroxismos.
3. El nervio afectado es sensible a la palpación.
4. El cuadro clínico cede temporalmente con el bloqueo anestésico local del nervio afectado.

Las pruebas de imagen (TAC-RMN) sirven para descartar otras causas que justifiquen los síntomas. El tratamiento más común es médico (carbamazepina a dosis crecientes). En algunos casos se usa el bloqueo del nervio afectado con anestésico y corticoides locales (técnica terapéutica y diagnóstica); los casos más rebeldes llegan a precisar neurectomía como tratamiento definitivo^{3,4}.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 63 años con antecedentes de dislipemia bien tratada con estatinas, histerectomizada a los 50 años e intervenida de hernia discal L5-S1 hace dos años.

Acudió a Urgencias por cuadro de cefalea occipital izquierda de 72 horas de evolución que no cedía con AINE habitual a demanda. Refirió que era el primer episodio. No contaba aura, ni asociación a náuseas o vómitos, ni clara alteración del sueño. El dolor era fijo, punzante en zona occipital izquierda, que se aliviaba ligeramente en posición tumbada y empeoraba con la bipedestación. Como dato de interés, cuatro días antes había viajado en avión, situación que le produjo bastante estrés.

La exploración física completa y neurológica fueron estrictamente normales. El dolor era selectivo a la palpación de la zona occipital izquierda y llegaba a provocar el llanto en la paciente.

Se solicitó analítica completa, electrocardiograma, radiografía de tórax y TAC craneal. La TAC descartó la existencia de sangrado o lesiones intracraneales ocupantes de espacio. El resto de pruebas complementarias fue estrictamente normal.

Se pautó tratamiento intravenoso con analgésicos habituales. Dada la escasa mejoría con analgesia intravenosa y con la sospecha clínica de "Neuralgia de Arnold" se solicitó valoración por Neurología, quien decidió tratamiento local con infiltración de anestésico y corticoides. Tras el mismo se produjo mejoría sintomática notable y se dio el alta a la paciente con carbamazepina oral y control en consultas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sigwald J, James F. Occipital neuralgias. En: Vinken PJ, Bruyn GW (Eds). Headaches and cranial neuralgias. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: North Holland Publishing Company 1968;368-74.
2. Gobel H, Edmeads J. Disorders of the skull and cervical spine. En: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch M (Eds). The Headaches. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins 2000; 891-8.
3. Biondi D. Neck pain and cervicogenic headache: mechanisms, evaluation and treatment strategies. AAN Syllabi 2000; 1KP005:15-25.
4. Headache Classification Committee of International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. Cephalalgia 1988;8 (Supl 7):1-96.