REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

REVISTA DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DEL DOLOR

Artículo Aceptado para su pre-publicación

Título:

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

Autores:

Antonio Alcántara Montero, Clara Isabel Sánchez Carnerero

DOI: [10.20986/resed.2017.3539/2016](https://doi.org/10.20986/resed.2017.3539/2016)

Instrucciones de citación para el artículo:

Alcántara Montero Antonio, Sánchez Carnerero Clara Isabel. Guía de la Sociedad Americana de Cefaleas para el tratamiento de la cefalea en racimos. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2017. doi: 10.20986/resed.2017.3539/2016.

INSPIRA NETWORK

Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de pre-publicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la Revista de la

Sociedad Española de Dolor.

GUÍA DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE CEFALEAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA EN RACIMOS

AMERICAN HEADACHE SOCIETY FOR THE TREATMENT OF CLUSTER HEADACHE GUIDELINES

A. Alcántara Montero, C. I. Sánchez Carnerero¹

Unidad del Dolor. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Don Benito, Badajoz. ¹

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

CORRESPONDENCIA:

Antonio Alcántara Montero

a.alcantara.montero@hotmail.com

Recibido 2-11-2016

Aceptado 3-11-2016

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 uno 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 sólo unos breves (e incluso ninguno) periodos de remisión, y puede ser particularmente refractario al tratamiento médico. 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 secundarios, los riesgos, las preferencias del paciente, el coste y otros factores al hacer recomendaciones en el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013;33:629-808.
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;28:614-8. 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;56:1093-106. DOI: 10.1111/head.12866.
5. Francis GJ, Becker WJ, Pringsheim TM. Acute and preventive pharmacologic treatment of cluster headache. *Neurology* 2010;75:463-73. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181eb58c8.

Tabla 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
Evidencia positiva			
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
Octreotide	CH episódico y	Octreotide 100 µg es	Nivel C:

(subcutáneo)	crónico	eficaz en mejorar la respuesta a la cefalea	posiblemente eficaz
Evidencia insuficiente			
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)

Tratamiento	Población estudiada	Eficacia	Grado de recomendación
Evidencia positiva			
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 (International Normalized Ratio) 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
Evidencia insuficiente			
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
Evidencia negativa			
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.