

CEFALEA TIPO HORTON

MANEJO DE OCHO PACIENTES CON CLORPROMAZINA

J. TORO

La cefalea tipo Horton se presenta en un 0,05 a 1% de la población, y es más frecuente en el sexo masculino. El dolor se describe como agudo, retroorbitario, no pulsátil, acompañado de rinorrea y lacrimación. En su manejo se han utilizado drogas como esteroides, metisergida, antihistamínicos, ergotamina y, más recientemente, carbonato de litio y clorpromazina. Con esta última droga observamos remisión del dolor en 7 de 8 pacientes (87%) utilizando dosis que oscilaron entre 75 y 150 mg por día. En nuestra serie no observamos efectos secundarios de la droga. Teniendo en cuenta los buenos resultados de la clorpromazina, observados también por otros autores, en el manejo de este tipo de cefalea, vale la pena tenerla en cuenta como droga de elección en estos pacientes.

La cefalea tipo Horton se conoce desde hace más de 100 años cuando Von Mallen-

dorff en 1876, hace algunas descripciones de la entidad. En 1956, Sir Charles Symonds profundiza más en el tema y aclara algunos conceptos relacionados con este tipo de cefalea.

Aunque se le ha llamado cefalea histamínica, no hay evidencia real de que esta sustancia juegue papel importante en su desarrollo (1). Su incidencia en la población general es de 0,05 a 1% (2) y se ha observado una mayor frecuencia en el sexo masculino en una proporción de 4 a 1 (2,3). El dolor se produce por dilatación de las arterias orbitarias y extracraneanas vecinas y se ha visto un aumento en el flujo sanguíneo a nivel de estos vasos (4, 5).

La cefalea en estos pacientes es muy intensa, paroxística, unilateral, peri o retroorbitaria, nocturna, de tipo continuo acompañada de lacrimación y obstrucción nasal (6, 7, 8, 9). La inyección conjuntival y el enrojecimiento de la hemicara comprometida son frecuentes pero su ausencia no descarta la enfermedad (6).

En un 20 a 40% de los pacientes con este tipo de cefalea se observa el síndrome de

Dr. Jaime Toro Gómez: Residente IV, Neurología, Hospital Militar Central, Bogotá.

Solicitud de separatas al Dr. Toro.

Horner (2). Las crisis tienen una duración que oscila entre 40 minutos y 2 horas y se presentan varias veces en el curso del día y muy especialmente en la noche o madrugada (10). Estos ataques pueden llegar a presentarse por espacio de 4 a 8 semanas con largos periodos de remisión en un 90% de los casos.

La sensibilidad de estos enfermos al alcohol es muy notoria y característica. Se dice que entre 5 a 45 minutos después de la ingesta de una bebida alcohólica se produce el dolor (6, 11). No hay evidencia de incidencia familiar y llama la atención que durante las crisis el paciente tiende a permanecer en movimiento y no guarda reposo, a diferencia de lo visto en otros tipos de cefaleas (12).

Al examen se observa la facies que algunos han descrito como de tipo leonina. La incidencia de enfermedad coronaria y úlcera péptica es más alta que en grupos control (12).

Se han descrito 3 formas de cefalea tipo Horton. La periódica, que es la forma clásica y típica de la enfermedad, la crónica en la cual no hay periodos de remisión y la migraña tipo Horton en la cual se observan características clínicas típicas de cada tipo de cefalea (12,13).

En el manejo de estos pacientes se han utilizado varias drogas como ergotamina, ciproheptadina, esteroides, metisergida y carbonato de litio con una efectividad promedio del 50%. Con el uso de la clorpromazina se han visto resultados benéficos hasta en un 90% de los casos, con dosis que oscilan entre los 75 y los 700 mg (2,4,14).

MATERIAL Y METODOS

En un período de 2 años, entre 1979 y 1981, se estudiaron 8 pacientes con cefalea tipo Horton. Para el diagnóstico de estos enfermos se tuvo en cuenta la clasificación de cefaleas dada por el comité Ad hoc en

1962 (15). De estos 8 pacientes, 7 pertenecían al sexo masculino y 1 al sexo femenino.

A la totalidad de los enfermos se les manejó con clorpromazina a dosis que oscilaron entre 75 y 150 mg. A los pacientes manejados con otras drogas, previa la instauración de tratamiento con clorpromazina, se les suspendió, con excepción de un enfermo en quien la cefalea fue de difícil manejo y requirió el uso conjunto de esteroides y clorpromazina.

A los pacientes se les controló por un período de 11 meses observándose la evolución clínica y los posibles efectos secundarios de la droga. El manejo se inició con dosis bajas de clorpromazina (25 mg) y se aumentó gradualmente hasta lograr un control adecuado de la cefalea. Se suspendió la medicación cuando el paciente estaba asintomático.

RESULTADOS

De los 8 pacientes con cefalea tipo Horton, 7 pertenecían al sexo masculino y 1 al sexo femenino. La edad de la primera crisis osciló entre 20 y 40 años en los 8 pacientes y se llegaron a observar ataques de cefalea tipo Horton hasta la edad de 59 y 60 años en dos enfermos. El número de crisis durante el día fue de 3 a 6 en promedio con un tiempo de duración de 20 a 60 minutos. En 4 de nuestros enfermos las crisis se presentaron especialmente durante la noche y la madrugada, y la localización del dolor fue retroorbitaria en 6 pacientes y hemicraneana en 2. Se observó lacrimación en 5 pacientes y síndrome de Horner en 3. El tipo de dolor fue descrito como continuo en 5 enfermos y pulsátil en 3. La localización fue variable, derecha o izquierda en 5 de nuestros pacientes (Tabla 1).

Investigando antecedentes familiares de cefaleas, se encontraron 3 casos con familiares migrañosos. La facies leonina descrita por algunos autores se observó en nuestra serie en un enfermo.

Las crisis de cefalea usualmente duraban en estos pacientes, antes de instaurarse el tratamiento con clorpromazina, entre 20 días y 5 meses.

Con la administración de la droga se lograron controlar los síntomas en 6 a 30 días, con una dosis promedio de 75 a 100 mg (Tabla 2). Las drogas antes utilizadas por 3

de los pacientes a quienes se les había hecho ya el diagnóstico de cefalea tipo Horton fueron ciproheptadina, ergotamina, metisergida, propranolol y esteroides. Esta medicación se suspendió antes de la instauración del tratamiento con clorpromazina. A uno de los pacientes en quien fue difícil el manejo con clorpromazina únicamente, se le administraron además esteroides con buenos resultados.

Tabla 1. Estudio de ocho pacientes con cefalea tipo Horton.

Paciente	Sexo	Edad (años) primera crisis	Tipo de dolor	Localización	Hora más frecuente de la crisis	Duración del dolor (minutos)
1	M	30	Pulsátil	Retroorbitaria derecha-izquierda	Tarde	30
2	M	40	Pulsátil	Hemicránea derecha	Noche	45
3	M	38	Continuo	Retroorbitaria derecha	Madrugada	60
4	M	40	Continuo	Retroorbitaria derecha-izquierda	Madrugada	20
5	M	28	Continuo	Retroorbitaria izquierda	Madrugada	30
6	F	34	Continuo	Hemicránea derecha-izquierda	Mañana	25
7	M	20	Pulsátil	Retroorbitaria derecha-izquierda	Madrugada	60
8	M	25	Continuo	Retroorbitaria izquierda	Noche	60

La edad en que tomaron clorpromazina por primera vez los pacientes osciló entre 25 y 61 años. En tres de los enfermos en quienes hubo recurrencia de los síntomas, se presentaron entre los 20 días y los 8 meses después de suspendida la droga. Se reinstauró tratamiento con clorpromazina y se logró control entre la primera y la tercera semanas de iniciado el tratamiento nuevamente. De los 8 enfermos manejados con clorpromazina, 7 se controlaron adecuadamente.

DISCUSION

La cefalea tipo Horton es sin lugar a dudas una cefalea más frecuente en el sexo masculino. La incidencia familiar es rara (6) y es interesante anotar cómo en nuestra serie hay antecedentes de migraña en familiares de 3 de nuestros enfermos. Es común que se presenten varios ataques durante el día y especialmente en las horas de la noche o la madrugada, con una corta duración de 20 minutos a una hora. En la mayoría de los casos, el dolor es retroorbitario (7, 8) y aunque para el diagnóstico no son estrictamente necesarios los hallazgos de lacrimación y obstrucción nasal, se observaron en 5 de nuestros pacientes.

Tabla 2. Manejo de la cefalea tipo Horton con clorpromazina.

Paciente	Edad (años) primera cefalea tipo Horton	Edad (años) Inicliación clorpromazina	Duración crisis antes de clorpromazina (días)	Tiempo en que se controla cefalea con clorpromazina (días)	Dosis (mg)
1	30	35	120	15	75
2	40	42	20	10	100
3	38	40	60	12	125
4	40	59	21	7	75
5	28	28	—	21	100
6	34	39	60	6	75
7	20	61	30	8	100
8	25	25	—	30	150

El síndrome de Horner es un hallazgo relativamente frecuente. En otras series se ha visto en 20% a 40% de los casos. Nosotros lo observamos en 3 pacientes. Un criterio importante utilizado por algunos centros para el diagnóstico de este tipo de cefalea es la tendencia del paciente con cefalea tipo Horton a moverse y no guardar

reposo durante la crisis. En nuestros pacientes es evidente esta observación en la mitad de los casos. El dolor, a pesar de ser de tipo vascular, ha sido descrito más frecuente como de tipo continuo (15), lo cual está de acuerdo con lo observado en nuestros pacientes.

Para algunos autores el manejo del paciente con cefalea tipo Horton se hace de acuerdo a la edad. En pacientes por debajo de los 30 años se recomienda el uso de la metisergida a dosis de 8 mg por día durante 21 días (16), teniendo en cuenta algunos de los efectos secundarios que pueden presentarse como fibrosis retroperitoneal, pulmonar y endomiocárdica. Entre los 30 y 45 años se recomienda el uso de esteroides y especialmente la prednisona a dosis de 40 mg diarios por 21 días.

En pacientes por encima de 45 años el carbonato de litio es la droga de elección según algunos autores (12). En trabajos más recientes (2) se recomienda la clorpromazina como droga muy útil en el manejo de estos enfermos. En nuestros pacientes con cefalea tipo Horton manejada antes con otro tipo de droga, las crisis duraban entre 20 días y 5 meses. Con la administración de esta medicación se logra control del dolor entre 6 y 30 días con una dosis de 75 a 150 mg, tanto en pacientes en quienes ya tenían diagnóstico de cefalea tipo Horton como en los que se les iniciaba tratamiento por primera vez con clorpromazina. Es llamativo que en nuestros enfermos se logra control de la cefalea con dosis más bajas que las utilizadas en otros trabajos (2, 4).

En resumen, vale la pena anotar que la clorpromazina ha demostrado ser una buena droga en el control del paciente con cefalea tipo Horton y ofrece pocos efectos secundarios.

SUMMARY

Cluster headache has an incidence of 0.05 to 1% of the general population, and it affects predominantly adult males.

The pain is described as excruciating, retroorbital, non-throbbing, associated with ipsilateral lacrimation and rhinorrhea. A great variety of medications have been used in its management such as steroids, methysergide, antihistaminic preparations, ergotamine tartrate, and recently lithium carbonate and chlorpromazine (CPZ). We observed total headache relief in 7 of 8 patients, with CPZ doses ranging from 75 to 150 mg per day. We did not observe any side effect using this drug. Bearing in mind the apparent effectiveness of CPZ found by other authors also, one should consider its use in the management of patients with this type of headache.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ROSEN J. Managing headaches. *Post-grad Med* 1969; 46: 70-74.
- 2.— CAVINESS US, OBRIEN P. Current concepts, headache. *N Eng J Med* 1980; 302: 446-449.
- 3.— AKBON K, OLIVARIUS B. Chronic migrainous neuralgia diagnostic and therapeutic aspects. *Headache* 1978; 18: 9-19.
- 4.— CAVINESS VS, OBRIEN P. Cluster headache: response to chlorpromazine. *Headache* 1979; 20:128-131.
- 5.— SAKAI F, MEYER JS. Regional cerebral hemodynamics during migraine and cluster headaches measured by the ¹³³Xe inhalation method. *Headache* 1978; 18: 122-132.
- 6.— RASHIN N, APPENZELLER O. Cluster headache. En: RASHIN N, APPENZELLER O, 1 ed. *Headache*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1980:185-197.
- 7.— CALANCHINI PR. Neurologic dilemmas on headaches. *Audio digest family practice* vol 28 (37) oct. 6,1980.
- 8.— SCHAPIRO RT. Headache. *Audio digest family practice* vol 26 (23) june 19,1978.
- 9.— HEYCKM H. Dolores de cabeza de origen vascular. En: HEYCKM H. *El dolor de cabeza*. Madrid: Editorial Alhambra; 1977: 6-141.
- 10.— PATTEN J. Headache. En: PATTEN J, 2 ed. *Neurological differential diagnosis*. London: Harold Starke Limited; 1980: 216-223.
- 11.— HIER DB. Headache. En: SAMUELS MA, 1 ed. *Manual of Neurologic Therapeutics*. Boston: Little Brown and Company; 1978: 13-26.
- 12.— HUDROW L. Cluster headache: diagnosis and management. *Headache* 1979; 19: 142-150.
- 13.— MEDINA JL, DIAMOND S. The clinical link between migraine and cluster headache. *Arch Neurol* 1977; 34: 470-472.
- 14.— TORO J. Evaluación y manejo del paciente con cefalea. *Hospital Médica* (En prensa).
- 15.— AD HOC COMMITTEE. Classification of headaches. *JAMA* 1962; 179: 717-719.
- 16.— KUDROW L. Comparative results of prednisone, methysergide, and lithium therapy in cluster headache. En: GREENE R. *Current concepts in migraine research*. New York: Raven Press; 1978: 159-163.