

CEFALEA PRIMARIA Y DISFUNCIÓN CRANEOMANDIBULAR (Dr. Javier Hidalgo Tallón)

Las Cefaleas Primarias (CP) son aquellas que no obedecen a una causa orgánica concreta y tipificada. Su diagnóstico es eminentemente clínico y es fundamental que éste sea extremadamente cuidadoso y riguroso, basándose en la exclusión previa de cualquier enfermedad de base.

La Disfunción Craneomandibular (DCM) engloba un grupo heterogéneo de problemas musculoesqueléticos y neuromusculares en relación con la articulación temporomandibular, la musculatura craneofacial y las estructuras óseas circundantes. Afecta al 15% de los adultos, especialmente entre los 20 y los 40 años de edad. Clínicamente predominan el dolor y/o limitación funcional de la mandíbula, cervicalgia, cefaleas y dolor orofacial. Su etiología es multifactorial, con desencadenantes biológicos, psicológicos, emocionales y sociales⁽¹⁾. Tanto la DCM como las CP se ajustarían al Modelo Bio-Psico-Social de enfermedad, preconizado por Engel en los años 70⁽²⁾.

Con respecto a las CP, habrá que mostrar especial atención a los *signos de alarma*, que son aquellos que obligan a realizar una revisión especializada y pruebas complementarias. Siguiendo a la Guía Oficial publicada en el 2019 por el Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE)⁽³⁾, con relación a las características del paciente, serían signos de alerta el debut en mayores de 50 años, la cefalea durante el embarazo y la concurrencia de enfermedades sistémicas (neoplasias, VIH, inmunodepresión, anticoagulación, problemas hematológicos, etc). Con respecto a las características clínicas, y según la misma guía, se tendrá en cuenta la existencia de:

- ✓ Debut de disfunción neurológica focal o del estado mental.
- ✓ Dolor intenso de inicio súbito, “en trueno”, con o sin cambios en el estado neurológico.
- ✓ Proceso febril.
- ✓ Síncope o vómito al inicio del dolor.
- ✓ Trastornos visuales, incluyendo papiledema.
- ✓ Cefalea de inicio reciente que empeora progresivamente.
- ✓ Dolor refractario a tratamientos habituales.

- ✓ Cefalea “*de novo*” que se hace persistente.
- ✓ Dolor estrictamente unilateral.
- ✓ Aparición durante el sueño.
- ✓ Cambio de las características del dolor sin causa justificada.

Con respecto al tratamiento, se asume que en las cefaleas crónicas, éste ha de ser multidisciplinar. Zeeberg et al⁽⁴⁾, tras una revisión sistemática, concluyen que el tratamiento multidisciplinar de las cefaleas refractarias en clínicas especializadas es la opción más eficaz. Registraron una mejoría (tanto de la frecuencia como de la intensidad dolorosa de las crisis) en Migraña, Cefalea Tensional (CT) y Cefalea en Racimos. También mejoraron muy significativamente la cefalea asociada al abuso de medicación y la capacidad laboral de los pacientes con migraña crónica.

En cuanto a la sensibilización central, numerosos autores han revisado su evidencia, tanto en DCM como en Migraña y la CT. Esta sería la base de la comorbilidad entre estas entidades clínicas. Entre la CT y la DCM se ha demostrado la coexistencia de fenómenos de sensibilización central y periférica⁽⁵⁾, con alteraciones de la conducción nociceptiva y fenómenos de dolor referido, amplificación aferente y alteración de las vías inhibitorias⁽⁶⁾.

Un metaanálisis publicado en 2018⁽⁷⁾ apoya la existencia de diferencias (con respecto a los controles asintomáticos) en cuanto a la sensibilidad al dolor por presión en pacientes con desórdenes temporomandibulares, registrándose una hipersensibilidad espinal y central, con aumento de sumación temporal. Filatova y su grupo⁽⁸⁾ concluyen que, tanto en la migraña crónica como en la CT crónica, coexisten procesos neurobiológicos de sensibilización central, ya que no se observan diferencias en los parámetros de hiperestesia evaluados en ambas patologías.

Se sugiere que cualquier tipo de DCM se asociaría a una actividad muscular mantenida, cuyo «input» facilitaría mecanismos de sumación espaciotemporal influyendo en la cronicidad de la cefalea⁽⁹⁾. Lupoli TA y Lockey RF⁽¹⁰⁾ revisaron el papel de la DCM como causa de cefaleas crónicas y dolor facial, concluyendo que aquella es una causa infradiagnosticada de éstos, y que la DCM debería ser más considerada como causa de cefalea crónica y dolores faciales.

Se resalta que es frecuente que los pacientes se diagnostiquen de sinusitis crónica y sean sometidos a tratamientos antibióticos innecesarios. Varios autores correlacionan la coexistencia de ambas entidades como riesgo de cronicidad, y coinciden en que el tratamiento de ambas mejora el pronóstico de los pacientes, ayuda a la respuesta terapéutica y revierte la cronicidad.

Para Contreras et al.⁽¹¹⁾ la magnitud de la asociación con DCM es mayor para la migraña que para la CT, y la concurrencia de ambas supone un factor de riesgo para la cronificación. Según un estudio realizado sobre una muestra de 158 pacientes con DCM y 68 controles sanos, el 85,5% de los pacientes padecían CP frente al 45,6% del grupo control. El dolor miofascial/artralgia fue el diagnóstico más común de DCM. La migraña fue la cefalea más frecuente en todos los casos, y su frecuencia se asoció positivamente con la gravedad del dolor por DCM⁽¹²⁾. Cuando se trataron mujeres con DCM y migraña, la migraña mejoró significativamente sólo cuando se trataron ambas afecciones⁽¹³⁾.

En otro trabajo llevado a cabo por Von Piekartz⁽¹⁴⁾, sobre pacientes con cefalea cervicogénica, se determinó que en el 44% de los casos coexistía DCM, cuyo tratamiento influyó positivamente en la evolución de la cefalea. Hara y su equipo⁽¹⁵⁾ demostraron una correlación significativa entre la intensidad del dolor facial y la cefalea con la ratio de contactos oclusales y el umbral de dolor a la presión. Entre los pacientes que padecían ambas patologías, la cefalea también mejoró durante el tratamiento eficaz de la DCM.

Según una revisión del 2009⁽¹⁶⁾, la DCM ha de ser explorada y tenida en cuenta como posible factor causante de la CT, y el tratamiento precoz de la misma evitaría la cronificación del proceso y la evolución a cefalea tipo tensional crónica o migraña crónica. Igualmente, un objetivo terapéutico con el tratamiento de la DCM en estos pacientes sería el revertir las cefaleas crónicas en episódicas, disminuyendo la ingesta de medicación y las complicaciones.

En otra revisión del 2015⁽¹⁷⁾ se establece que “los dolores de cabeza primarios (especialmente la migraña, la migraña crónica y la CT) y la DCM son enfermedades comórbidas, y con la presencia de una de ellas en un paciente aumenta la prevalencia de la

otra. La relación entre las dos enfermedades puede implicar aspectos fisiopatológicos comunes. Los estudios sobre el tratamiento de esta asociación de enfermedades han demostrado que un enfoque terapéutico simultáneo es más eficaz que el tratamiento por separado de cada una”.

Por lo tanto, y como conclusión, consideramos necesario y beneficioso para los pacientes el fomentar el vínculo y el conocimiento científico entre diferentes especialistas, especialmente neurólogos y odonto-estomatólogos expertos en dolor orofacial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Gauer RL, Semidey MJ. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. Am Fam Physician. 2015; 91: 378-86.
2. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977, 196: 129-136.
3. González-Oria C, Jurado-Cobo CM, Viguera-Romero J (Ed). (2019). Guía oficial de cefaleas 2019. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Madrid, España: Editorial Medea.
4. Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Efficacy of multidisciplinary treatment in a tertiary referral headache centre. Cephalalgia 2005; 25: 1159-1167.
5. Anderson GC, John MT, Ohrbach R, Nixdorf DR, Schiffman EL, Truelove ES, List T. Influence of headache frequency on clinical signs and symptoms of TMD in subjects with temple headache and TMD pain. Pain 2011; 152: 765-71.
6. Conti PC, Costa YM, Gonçalves DA, Svensson P. Headaches and myofascial temporomandibular disorders: overlapping entities, separate managements? J Oral Rehabil. 2016; 43:702-15.
7. La Touche R, Paris-Alemany A, Hidalgo-Pérez A, López-de-Uralde-Villanueva I, Angulo-Díaz-Parreño S, Muñoz-García D. Evidence for Central Sensitization in Patients with Temporomandibular Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies. Pain Pract. 2018; 18: 388-409.
8. Filatova E, Latysheva N, Kurenkov A. Evidence of persistent central sensitization in chronic headaches: a multi-method study. J Headache Pain. 2008; 9: 295-300.
9. Gonçalves DA, Camparis CM, Speciali JG, Franco AL, Castanharo SM, Bigal ME. Temporomandibular disorders are differentially associated with headache diagnoses: a controlled study. Clin J Pain. 2011; 27:611-5.
10. Lupoli TA and Lockey RF. Temporomandibular dysfunction: an often overlooked cause of chronic headaches. Ann Allergy Asthma Immunol. 2007; 99:314-318.
11. Contreras EFR, Fernandes G, Ongaro PCJ, Campi LB, Gonçalves DAG. Systemic diseases and other painful conditions in patients with temporomandibular disorders and migraine. Braz Oral Res. 2018; 23; 32: e77.

12. Franco AL, Gonçalves DA, Castanharo SM, Speciali JG, Bigal ME, Camparis CM. Migraine is the most prevalent primary headache in individuals with temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 2010; 24: 287-92.
13. Goncalves DA, Camparis CM, Speciali JG, Castanharo SM, Ujikawa LT, Lipton RB, Bigal ME. Treatment of comorbid migraine and temporomandibular disorders: a factorial, double-blind, randomized, placebo-controlled study. J Orofac Pain. 2013; 27: 325-35.
14. Von Piekartz H, Lüdtke K. Effect of treatment of temporomandibular disorders (TMD) in patients with cervicogenic headache: a single-blind, randomized controlled study. Cranio. 2011; 29: 43-56.
15. Hara K, Shinozaki T, Okada-Ogawa A, Matsukawa Y, Dezawa K, Nakaya Y, Chen JY, Noma N, Oka S, Iwata K, Imamura Y. Headache attributed to temporomandibular disorders and masticatory myofascial pain. J Oral Sci. 2016; 58: 195-204.
16. Cooper BC, Kleinberg I. Relationship of temporomandibular disorders to muscle tension-type headaches and a neuromuscular orthosis approach to treatment. Cranio. 2009; 27: 101-8.
17. Speciali JG, Dach F. Temporomandibular dysfunction and headache disorder. Headache. 2015 Feb;55 Suppl 1:72-83.