

La cefalea supra-orbitaria

Frecuente origen cervical. Tratamiento con manipulaciones

R. Maigne

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

Resumen. El autor insiste en la frecuencia del origen cervical de las cefaleas banales (incluso cuando parece que las provocan otras causas). Tienen una topografía supra-orbitaria y occipital (inconstante) en el mismo lado. La constancia en la topografía del dolor, siempre en el mismo lado durante toda la evolución de las crisis de cefaleas banales debe hacer sospechar de la responsabilidad (total o parcial) del raquis cervical. El examen del raquis cervical debe hacerse con suma atención, los pequeños signos de sufrimiento deben existir en el mismo lado de la cefalea. Son sub-occipitales en las cefaleas supra-orbitarias.

La manipulación y la asociación de las terapias manuales constituyen uno de los tratamientos más regularmente eficaces y más rápidos en este tipo de cefaleas, que generalmente son poco sensibles a los otros tratamientos.

Las cefaleas banales, que no parecen tener causa orgánica y que normalmente se tiene la tendencia a considerar como de origen puramente psicógeno, presentan un problema terapéutico difícil en la práctica cotidiana. Una vez hechas todas las consideraciones diagnósticas, uno está encantado en poder asegurar al paciente que su afección es benigna; pero hay que reconocer que la mayoría de los tratamientos, incluso los psicoterapéuticos, son decepcionantes.

A pesar de ello, con frecuencia, algunas cefaleas banales de largo tiempo de evolución y rebeldes a las terapias, se alivian con manipulaciones cervicales selectivas de forma considerable, y en ocasiones definitivamente. Esto se reproduce con tal frecuencia que hace difícil considerar la manipulación como una simple terapia psíquica, más cuando las maniobras aparentemente parecidas, pero mal hechas, pueden producir violentas reacciones en los mismos pacientes. Esto nos lleva a considerar el papel que pueden tener los desarreglos mínimos de la columna cervical en los que actúa la manipulación como responsables totales o parciales de las cefaleas banales tan frecuentes y rebeldes. Estas cefaleas son los incidentes más corrientes de las manipulaciones cervicales mal hechas y aparecen muy a menudo durante el transcurso de los traumatismos cervicales menores.

No hace falta decir que antes de atribuir el origen de las cefaleas a la columna cervical hay que haber eliminado todas las causas neurológicas, oculares, sinusales, vasculares, dentales, alérgicas, y otras, que pueden provocar este síntoma. No se pueden olvidar los factores psicógenos. Son importantes pero a menudo parecen que no tienen más que un papel detonante, sin ser su causa de fondo.

Aunque hay cefaleas cervicales unidas a modificaciones importantes de las estructuras cervicales que han sido objeto de numerosos trabajos en estos últimos años, en especial los que forman parte del síndrome de la arteria vertebral, no esperaremos observar lesiones importantes del raquis con imágenes radiológicas particulares en la mayoría de los casos que aquí abordaremos.

Con frecuencia debutan estas cefaleas tras un traumatismo cervical, que puede ser reciente o antiguo. Se ven favorecidas por algunas posturas. Pueden ser solo nocturnas y matinales, propiciadas por la posición de la cabeza sobre una almohada mal adaptada. Pero también pueden aparecer en ocasión de un factor sobreañadido: frío en la nuca, episodio digestivo, alteraciones menstruales, y por supuesto, contrariedades. Este factor desencadenante, a menudo el mismo para el mismo enfermo, conduce a alterar la función de la vesícula biliar, la función ovárica, etc. y el tratamiento dirigido al aparato digestivo u hormonal puede ayudar a veces al paciente. Como por ejemplo sucede en la observación que sigue:

Sra. S. D.... 42 años. Desde los 32 años de edad sufre violentas cefaleas supraorbitarias derechas, con náuseas, durante tres o cuatro días, que aparecen la semana previa a la menstruación, y raramente en otras circunstancias (frío en la nuca, o contrariedad importante). Tras numerosos exámenes y pruebas terapéuticas se constató que el mejor tratamiento consistía en la inyección de 10 mg. de progesterona el 21º día del ciclo ovárico. Esto reducía mucho las cefaleas, convirtiéndolas en soportables. Pero al detener el tratamiento reaparecían invariables.

Orientados por la fijación de la topografía dolorosa (siempre occipital y supraorbitaria derecha), buscamos los signos cervicales que se encontraban con facilidad: disminución de la movilidad en rotación y lateralización derecha del raquis cervical superior, con un punto doloroso derecho muy sensible a ras del occipital (la presión de este punto producía náusea e inicio de la cefalea). Ningún signo radiológico.

Tres sesiones de manipulación hicieron desaparecer los signos locales, y revisada seis años después, esta paciente no había tenido más cefaleas. Fue entonces cuando recordó un traumatismo (caída de una bicicleta) que tuvo unos meses antes de la aparición de las cefaleas que solo le provocó dolores cervicales durante unos días que olvidó muy pronto.

Nos parece que el elemento más evocador del origen cervical de una cefalea es la constancia en su localización topográfica. En el 90% de los casos se trata de una cefalea supraorbitaria unilateral o solo occipital siempre situada en el mismo lado en todas las crisis. Puede ser solo supraorbitaria o solo occipital. Cuando solo es supraorbitaria se diagnostica a menudo como « sinusitis congestiva ». Es muy raramente bilateral, entonces provoca dolor “en barra” frontal y dolor occipital global. En ocasiones el dolor no es supraorbitario sino retro-orbitario irradiando a la raíz nasal.

La intensidad de la crisis es variable, a menudo moderado, cede con aspirina; otras es violento, con náuseas. La frecuencia es extremadamente variable, aparece en periodos más o menos espaciados, o cada día. Puede tener un horario bastante constante. Por ejemplo por la mañana al levantarse, mejorando durante el día, reapareciendo por la noche con el cansancio. En algunos casos encontraremos una cefalea con las características clásicas de una neuralgia del nervio de Arnold, dolor occipital casi siempre bilateral irradiando al cuero cabelludo hacia la frente sin alcanzarla nunca.

Una cefalea como esta, sobre todo si es antigua y si además los exámenes son normales, debe dirigir la atención hacia la parte alta del raquis cervical y buscar los pequeños signos que apoyarán el diagnóstico. Ocasionalmente se tratará de una cefalea occipital baja irradiando hacia la oreja, la temporomaxilar y el maxilar. Es más algia facial que cefalea. Llevará al paciente a la consulta del estomatólogo. Éste no encontrará causa local, o alteración de la articulación dental (síndrome de Costen); es entonces cuando habrá que examinar meticulosamente la columna cervical.

I) Examen del raquis cervical

Se practica con el paciente en decúbito supino, con la cabeza fuera de la camilla según la técnica propuesta por nosotros.

Se efectúa valorando:

- 1° la movilidad de la región
- 2° los tejidos de la zona sub-occipital
- 3° los test de presión o de tracción y los de postura.

1) La movilidad

Se valora cuidadosamente la movilidad de la región occípito-vertebral en flexión, extensión, rotaciones y lateralizaciones. Primero de forma analítica; y después de forma global, combinando en una sola maniobra la lateroflexión+ rotación homolateral+ extensión, por ejemplo, en cada lado. Después, lateralización+ rotación opuesta+ extensión, también en cada lado, derecho e izquierdo.

Se evidenciará una disminución de la movilidad en un sentido o la aparición de un dolor provocado.

2) La palpación

A palpación de los tejidos superficiales con la maniobra del pinzado-rodado se apreciará a menudo una mayor sensibilidad de los tejidos cutáneos del lado de la cefalea respecto al otro lado..

La palpación de los tejidos profundos, en especial la de los músculos suboccipitales, pondrá de manifiesto su tensión. Algunos fascículos parecen « cuerdas », siempre en el mismo lado de la cefalea. Sobre todo podremos localizar un punto exquisitamente doloroso muy preciso, siempre situado a dos traveses de dedo de la línea media. Asienta en la fosa suboccipital a ras del occipucio cuando existe una cefalea supraorbitaria. Si se localiza un nivel por debajo se trata de una cefalea con topografía de neuralgia de Arnold; y si está más abajo, un dolor occípito-témporo-maxilar. Particularmente neto en periodos de crisis, existe de forma permanente en el cefalálgico habitual. En algunos casos, la presión mantenida sobre este punto provocará inmediatamente la

irradiación dolorosa habitual. La infiltración con novocaína de este punto durante la crisis puede aliviar inmediatamente al paciente.

3) Test de postura

Mantener durante unos treinta segundos el raquis cervical superior en la posición en la que está disminuida la movilidad con frecuencia desencadena la cefalea, mientras que la maniobra inversa puede aliviarla ; al mismo tiempo que se practica este test de postura puede hacerse presión en el punto sensible del canal paravertebral, lo que aumenta el dolor. La tracción manual de la cabeza puede aliviar la crisis del paciente, mientras que la presión axial con las dos manos sobre el cráneo puede aumentar la cefalea o incluso provocarla.

II) Examen radiológico

No esperamos encontrar imágenes radiológicas características o importantes. Si existen, no prueban nada, no representan nada en los pacientes que no sufren y persisten es evidente en los que se han curado. Pero la importancia o la naturaleza de las lesiones del raquis cervical pueden conducir perfectamente a obviar la manipulación. Las maniobras que se emplean deben ser extremadamente suaves. Son maniobras ligeras hechas con el borde de los dedos. Lo esencial es la precisión de la maniobra, la apreciación exacta de la amplitud del movimiento a efectuar y de su buena dirección; algo que solo da una dilatada práctica.

III) Patogenia

Podemos preguntarnos porqué el sufrimiento del raquis cervical superior o el de los músculos perivertebrales de esta región pueden provocar dolor en el territorio del trigémino. Basta que experimentalmente, utilizando la técnica de Kellgren, irrite los músculos suboccipitales para provocar un dolor supraorbitario en el mismo lado. Hay que saber que el extremo inferior del nódulo sensitivo del trigémino se confunde con el inicio del cuerno posterior, de manera que los dos primeros dermatomas C1 y C2 son comunes con el trigémino. Filetes de C1 y de C2 participan del contingente oftálmico y también de la sensibilidad del cuero cabelludo desde la región frontal hasta el vértice (Lazorthes).

IV) Tratamiento

1) Tratamiento manual

El tratamiento es esencialmente manual

1° Cuando existe una infiltración cutánea « celulítica » dolorosa al « pinzado-rodado », y sobre todo si esta sensibilidad es unilateral en el lado de la cefalea. Las maniobras serán de amasado superficial con el pulpejo de los dedos o con pinzado-rodado según las técnicas de Watterwald.

2° Cuando la tensión muscular es importante (y unilateral). Se usan maniobras de movilización suaves, progresivas, lentas, hachas marcando bien los tiempos de parada con un cierto estiramiento.

3° la manipulación propiamente dicha, hecha de forma estrictamente unilateral (rotación en un solo sentido, combinada con lateralización homóloga o heteróloga, y con flexión o extensión). Las coordenadas se determinan con el examen pre-manipulación tal y como lo hemos descrito según nuestra regla del no-dolor y del movimiento contrario. La maniobra, delicada, para ser útil, eficaz, y no traumática, debe ser suave, muy medida, hecha al milímetro, y evidentemente muy electiva en el nivel movilizado. Hay que hacerla con el borde de los dedos, ha de ser absolutamente indolora. Con los resultados de la primera maniobra y la forma en la que el operador habrá notado el desarrollo normal o no, se hará una segunda maniobra; con una técnica complementaria pero con la misma coordenada principal. Hay que usar poco la técnica de manipulación en el nivel cervical superior, sobre todo al principio; una o dos, no más.

Una de cada tres veces aparece una reacción durante las 24 horas que siguen, en forma de crisis de cefalea, análoga a las crisis habituales, a veces más viva. Esta reacción desaparece en algunas horas, es raro que dure un día. Es normal y de buen pronóstico. No aparece en las sesiones siguientes. Una reacción que perdure mostraría la inestabilidad del sector e incita a una gran prudencia ulterior, aunque esto depende del hábito de apreciación del terapeuta. De dos a cinco sesiones es lo que se precisa de promedio para tratar una cefalea cervical, excepcionalmente más, a menudo menos. La cadencia de promedio entre sesiones debe ser de tres a cinco días.

2) Otros tratamientos

Si la manipulación nos parece que es el tratamiento esencial, evidentemente no es el único.

En los casos en los que la irritación artrósica es importante, la radioterapia aporta resultados muy interesantes. Incluso la fisioterapia, a condición de que los electrodos se ajusten perfectamente a los puntos álgicos.

La infiltración con novocaína de los tejidos sub-occipitales buscando el punto más doloroso presta innegables servicios.

En el conjunto, los resultados son excelentes; se pueden cifrar en un 70% los buenos resultados obtenidos en este tipo de cefaleas.

Puede ser necesaria una sesión de mantenimiento de una a tres veces por año cuando los raquis presentan alteraciones estáticas importantes, o cuando los pacientes adoptan posiciones de trabajo desfavorables.

Escusado decir que la corrección de eventuales problemas estáticos o posturales es uno de los elementos importantes del tratamiento y de la prevención.

Dr R. MAIGNE
7, rue Catulle Mendès
PARIS 17e