

Trabajo de Fin de Grado de Medicina

Cefalea relacionada con la actividad sexual en una Unidad de Cefaleas

Autor: Jesús Ontañón Gómez

Directores: Dr. Ángel L. Guerrero Peral

Dra. Marina Ruiz Piñero

Servicio de Neurología. Hospital Clínico de Valladolid

Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

*(presentado como Poster en el II Congreso de la
European Academy of Neurology, Mayo de 2016)*

CEFALEA RELACIONADA CON LA ACTIVIDAD SEXUAL EN UNA UNIDAD DE CEFALEAS

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
HIPÓTESIS	4
OBJETIVO:.....	4
MATERIAL Y MÉTODOS	4
Definición de variables.....	5
Ficha de recogida de datos.....	6
RESULTADOS	8
DISCUSIÓN	10
CONCLUSIÓN	16
BIBLIOGRAFÍA	17

RESUMEN

Introducción y Objetivos: La cefalea relacionada con la actividad sexual es un tipo de cefalea clasificada como primaria por la *International Headache Society*. Se encuadra en el grupo de “miscelánea”, junto con la cefalea relacionada con el ejercicio físico y la relacionada con la tos. Se define como cefalea que se desencadena durante el coito o masturbación. Pretendemos estudiar la frecuencia y características de la Cefalea relacionada con la actividad sexual en una Unidad de Cefaleas.

Pacientes y Métodos: Se consideraron todos los pacientes incluidos en el Registro general de la Unidad de Cefaleas del Servicio de Neurología del Hospital Clínico de Valladolid. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos para analizarlos de forma retrospectiva.

Resultados: Incluimos un total de 19 pacientes. Encontramos una distribución por sexos similar con ligero predominio de los varones. Persistencia del trastorno de 9,16 meses. La duración media de cada episodio de cefalea fue de 266 minutos, siendo su localización más frecuente la frontal. La cefalea se desencadenaba en un 26,3% de los casos por la excitación, y en un 78,9% por el orgasmo. El 31,5% de los pacientes tenía además cefalea relacionada con el esfuerzo físico y un 5,2% asociada a maniobras de Valsalva. El carácter de la cefalea era mayoritariamente pulsátil y generalmente bilateral. La intensidad media de cada episodio fue valorada por nuestros pacientes con un 8,4 en una escala analógica verbal. En el 76,3% de los casos la cefalea se manifestó sindrónicamente como una “cefalea en trueno”.

Conclusión: La cefalea relacionada con la actividad sexual es infrecuente, aún en un registro de cefaleas de un hospital terciario. Las características de los pacientes de nuestra serie son comparables a las previamente descritas en la literatura.

Palabras clave: Actividad sexual; Cefalea primaria; Cefalea trueno.

INTRODUCCIÓN

La cefalea relacionada con la actividad sexual es conocida desde tiempos de Hipócrates, primer autor en describirla. No obstante, no ha sido hasta las últimas dos décadas cuando se ha empezado a estudiar en profundidad¹.

La cefalea asociada a la actividad sexual es un tipo de cefalea clasificada como primaria por la *International Headache Society* [¡Error! Marcador no definido.] Se encuadra en el grupo de “miscelánea” (código ICHD-3 4.3, en III Edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas, edición 2013 (CIC-3)), junto con la cefalea relacionada con el ejercicio físico o la cefalea relacionada con la tos.

Se define como una cefalea que se desencadena durante el coito o masturbación. Anteriormente se dividían en “*dull type*”, vascular y postural, pero tras diversos estudios clínicos esta clasificación se modificó: actualmente hablamos de la Cefalea relacionada con la actividad sexual como un único trastorno.

Los criterios diagnósticos de la cefalea relacionada con la actividad sexual, establecidos por la CIC-3 son los siguientes:

- A) Al menos dos episodios de dolor craneal y/o cervical que cumplen los criterios B-D
- B) Está provocada por y ocurre solo durante la actividad sexual
- C) Cualquiera de los siguientes o los dos:
 - 1. Aumenta la intensidad a medida que progresa la excitación sexual
 - 2. Intensidad explosiva que aparece de manera brusca justo antes de o durante el orgasmo
- D) Cefalea intensa entre 1 min y 24 h y/o leve hasta 72 h
- E) Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la CIC-3

Su fisiopatología no está aclarada. Se ha propuesto que el incremento de presión intracraneal característico en las maniobras de Valsalva puede estar relacionado tanto con la cefalea sexual como con la provocada por la tos o el ejercicio. El subtipo “*dull type*” parece relacionado con la contractura de los músculos de la nuca, pero es una hipótesis no comprobada en estudios experimentales. Algunos estudios apuntan

a que el subtipo vascular de cefalea sexual estaría relacionado con alteraciones metabólicas en la autorregulación cerebral^{2,3}

Estudios epidemiológicos revelan una prevalencia de la cefalea sexual de cerca del 1%. Es un trastorno más frecuente en varones (3:1), con una media de edad en torno a los 35 años. Presenta dos picos de incidencia, entre los 20-24⁴ y 35-44. La duración del dolor aproximada es de 3 minutos, siendo este en la mayoría de casos un dolor difuso de localización occipital. Generalmente estos pacientes presentan otros tipos de cefaleas (hasta un 60%). El 10-40% de los casos de cefalea relacionada con la actividad sexual asocian cefalea relacionada con la tos. La migraña es otra comorbilidad frecuente en estos pacientes.^{5 6}

Entre los factores asociados a la aparición de la cefalea relacionada con la actividad sexual destacan la hipertensión arterial, obesidad, migraña, historia familiar de migrañas, fármacos (amiodarona, sildenafil, anticonceptivos), ansiedad o adoptar una posición “activa” en el acto sexual.⁷

HIPÓTESIS

La incidencia y características de los pacientes con cefalea asociada a actividad sexual en el registro de cefaleas de nuestro centro podría ser comparable a las observadas en estudios previos sobre esta entidad.

OBJETIVO:

Estudiar la incidencia y las características de la cefalea relacionada con la actividad sexual en el registro de la Unidad de Cefaleas de un Hospital Terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

El registro de la Unidad de Cefaleas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid se puso en marcha en Enero de 2008 e incluye actualmente (mayo de 2016) un total de 4350 casos de los que 19 cumplen los criterios diagnósticos de Cefalea relacionada con la Actividad Sexual.

El análisis realizado para este trabajo consistió en una valoración retrospectiva de las historias clínicas de estos pacientes.

Se han recogido datos demográficos como edad y sexo para conocer las características de la población afectada. La relación entre el consumo de tabaco y el

dolor de cabeza es controvertida⁸ , por este motivo hemos creído conveniente recoger también este dato.

El resto de variables se refieren a las características del dolor de cabeza, sus desencadenantes, duración, características, intensidad, tal y como se ve en la ficha de recogida de datos realizada a estos efectos y que se adjunta en las siguientes páginas.

La intensidad se mide de acuerdo con una Escala Analógica Verbal (EAV) del 0 al 10 en la que el 0 es ausencia de dolor y el 10 el peor dolor imaginable.

En cada uno de los casos se revisaron las exploraciones complementarias solicitadas para asegurar el carácter primario de la cefalea así como los tratamientos que se utilizaron, tanto el sintomático del cuadro de dolor, como el preventivo episódico (antes de la actividad sexual) y el preventivo a largo plazo

Definición de variables

- Frecuencia: número de episodios de cefalea sexual ocurridos durante un intervalo de tiempo.
- Duración: tiempo en minutos desde el inicio hasta el final de la cefalea.
- Carácter: forma de manifestación de la cefalea sexual (tensional, explosiva)
- Intensidad máxima: severidad del dolor definido por el paciente en la EAV.
- Desencadenantes: conjuntos de eventos capaces de provocar la cefalea.
- Tiempo de alcance de intensidad máxima: período transcurrido entre el inicio del dolor y el momento en que el paciente lo percibe con mayor intensidad. Definimos como Cefalea Trueno aquella en la que la máxima intensidad se alcanza en el primer minuto desde el inicio
- Persistencia: período de tiempo transcurrido entre el primer episodio de cefalea relacionada con la actividad sexual y el fin de la recurrencia de los mismos.

Para la revisión de datos publicados anteriormente en relación con las cefaleas relacionadas con la actividad sexual se ha analizado la bibliografía disponible mediante acceso a las bases de datos de PubMed.

Intensidad:

Tiempo de alcance de la intensidad máxima:

Otras manifestaciones:

Otras Cefaleas:

Exacerbaciones:

Características de las exacerbaciones:

Diagnóstico: (idiopática o secundaria)

Tratamientos:	Fecha de inicio	Duración	Eficacia (SI/NO)
• Sintomático.			
• Preventivo del episodio			
• Preventivo a largo plazo.			

Antecedentes familiares:

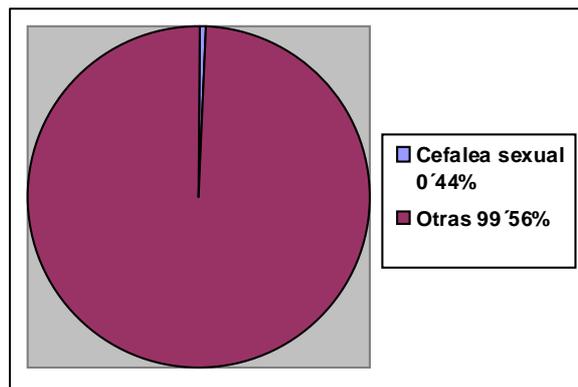
Pruebas de imagen (RMN):

Pruebas complementarias:

Fecha ___/___/___

RESULTADOS

De un total de 4350 casos del registro general de la Unidad de Cefalea, 19 cumplían criterios de Cefalea relacionada con la actividad sexual (0,44%).



En la siguiente tabla hemos recogido datos epidemiológicos (edad, sexo, consumo de tóxicos), características de la Cefalea relacionada con la actividad sexual (intensidad, localización, carácter), otras manifestaciones clínicas y cefaleas asociadas, así como los tratamientos propuestos, y las exploraciones complementarias llevadas a cabo

Variable		Nº casos	Porcentaje
Nº de casos estudiados		19	
Edad media de inicio (años)		45	
Sexo	varones / mujeres	10 / 9	52,6 % / 47,4%
Tóxicos	fumadores	7	36,8 %
	exfumadores	5	26,3 %
	sin hábitos tóxicos	7	36,8 %
Porcentaje de actividades sexuales con cefalea (media)			57,9%
Persistencia media en meses		9,7	
Duración media en minutos		266	
Localización	temporal	2	10,5 %
	holocraneal	4	21 %
	Preocular	1	5,2 %
	frontal	10	52,6 %
	occipital	2	10,5 %
Desencadenantes	Excitación	5	26,3 %
	Orgasmo	15	78,9 %
	Esfuerzo	6	31,7 %
	Valsalva	1	5,2 %
Carácter	Opresiva	5	26,3 %
	Pulsátil	10	52,6 %
	Punzante	2	10,5 %
	Explosiva	2	10,5 %

Variable		Nº casos	Porcentaje
Lado	Unilateral	5	26,3 %
	Bilateral	14	74,6 %
Fotofonofobia	fotofobia	1	5,2 %
	fotofonofobia	1	5,2 %
	no	17	89,4 %
Náuseas/Vómitos	Sí	1	5,2 %
Intensidad Media (EAV)		8,42/10	
Cefalea en Trueno	sí	14	73,3 %
	no	5	26,3 %
Otras cefaleas	no	10	52,6 %
	migraña	5	26,3 %
	Numular	1	5,2 %
	tensional	2	10,5 %
	punzante	1	5,2 %
Diagnóstico	idiopáticas	19	100%
Tto sintomático	Triptanes	4	21 %
	sin tratamiento	10	52,6 %
	AINE	5	26,3 %
Tto preventivo del episodio	Indometacina	4	21%
Tto preventivo a largo plazo	Indometacina	3	15,75%
	Beta-Bloqueante	3	15,75%
	Topiramato	1	5,25%
	Nada	12	63%
Antecedentes Familiares		0	0%
Neuroimagen	RM angio	13	68%
	RM	2	10%
	Angio TC	4	21%
Hallazgo en Neuroimagen		2	10,5%

En nuestra muestra la edad media de inicio de la Cefalea Sexual se sitúa en los 45 años. Su distribución es muy pareja en cuanto al sexo. No muestra relación significativa con el tabaco, siendo su incidencia prácticamente igual en fumadores y no fumadores. Presenta una persistencia cercana a los 10 meses, con una duración media del episodio de 266 minutos, si bien el rango es muy amplio y en la mayoría de los pacientes la duración está por debajo de los 30 minutos.

Destaca el orgasmo como desencadenante del trastorno, presentando la cefalea un carácter generalmente pulsátil y una localización preferente en región frontal. El dolor es de intensidad severa (8,4/10 en EVA). En el 73,3% se presentó como cefalea en trueno.

El 100% fueron diagnosticados de cefalea idiopática. A todos los pacientes se les realizaron pruebas de neuroimagen pero solo en 2 de los 19 se encontraron hallazgos que se interpretaron como incidentales y sin relación con la cefalea (en ambos casos angiomas venosos).

En cuanto al tratamiento, en la mayoría se optó únicamente por el sintomático. La indometacina fue el fármaco más utilizado en el tratamiento preventivo, tanto episódico como a largo plazo.

DISCUSIÓN

Para el análisis de los datos utilizamos como referencia los datos publicados en los principales artículos publicados en este campo, que se exponen en la Tabla 1. Como podemos observar el artículo de Vergallo evalúa muy pocos casos y el de Frese de 2007 recoge pocos parámetros en relación con nuestro estudio. Por ello han sido excluidos en la comparativa final.

Tabla 1: Resultados de estudios anteriores

	Pascual 1996 ¹²	Frese 2003 ⁹	Frese 2003 ¹⁰	Frese 2007 ¹	Frese 2007 ¹	Vergallo 2015 ¹¹
Tipo de Cefalea Sexual	2	1	2	1	2	2
Número de casos	13	11	40	11	49	2
Edad al inicio: media / SD	41 / 9	39,5 / 10	34 / 10.5	38,7/11,5	36,3/12,1	39,5
Mujer : Hombre	2 : 11	2 : 9	11 : 29	1 : 10	12 : 37	2 : 00
Frecuencia (rango)	De 3 diarias a 1 mensual					
Dolor Unilateral	23,07%	36%	32%			50%
Localización occipital	76,92%	82%	75%			50%
Pulsátil	100%	36%	50%			50%
Duración del dolor severo						
rango	1´ - 3 h	10´ - 6 h.	10´-2 h.			
media	30 min	30	30			

	Pascual 1996 ¹²	Frese 2003 ⁹	Frese 2003 ¹⁰	Frese 2007 ¹	Frese 2007 ¹	Vergallo 2015 ¹¹
Duración de dolor ligero-moderado						
rango	1´- 3 h	25´-12h.	45´-12h			5´-2h
media	30 min	60´	4h.			
Persistencia del dolor	6 d →18 m					
HTA	7,69%	27,27%	15%	27,27%	24,48%	0%
Migraña	30,76%	9,09%	30%			50%
Dolor asociado a maniobras del Valsalva	30,76%	9,09%	35%			
Cefalea Tensional	15,38%	54,54%	42,5%			
Diagnóstico	Idiopática 100%					
Tratamiento	Propranolol 100%					AINE50%
Período de observación (años; media / SD)				4.9 / 2,4	6,25 / 5,6	

La segunda tabla es una comparativa entre los datos obtenidos en nuestro estudio y los datos agrupados de los trabajos de Pascual¹² *et al*, 1996 y Frese¹ *et al*, 2003, siendo estos dos los más completos en cuanto a número de variables evaluadas y por ello los más adecuados para enfrentar a nuestro trabajo.

Tabla 2: Comparación con trabajos anteriores

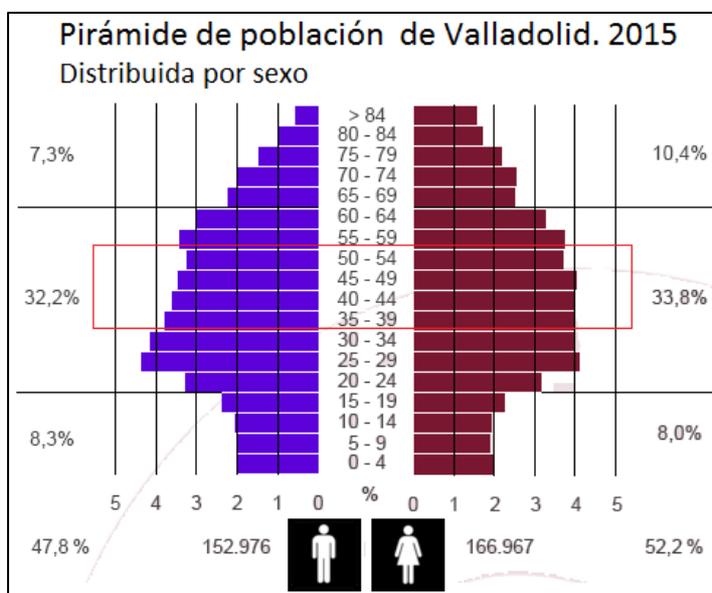
Autores	Presente Estudio	Frese (2003)+ Pascual (1996)
Nº de casos	19	64
Mujer/Hombre	9 / 10	15 / 49
Edad al Inicio	45	36
Tóxicos:		
Fumadores	7	
Exfumadores	7	
Persistencia media, en meses:	9,16	
Duración media, minutos	266	244
Localización		
temporal	2	
Occipital	2	49
holocraneal	4	
frontal	10	
preocular	1	

Autores	Presente Estudio	Frese (2003)+ Pascual (1996)
Excitación	5	
Orgasmo	15	
HTA		10
Esfuerzo	6	
Valsalva	1	19
Carácter		
pulsátil	10	37
opresiva	5	27
punzante	2	
explosiva	2	
Lado		
unilateral	5	20
Fotofobia	1	
fotofonofobia	1	
Náuseas/Vómitos	1	
Intensidad media (escala 0-10)	8,42	
Cefalea		
en trueno	14	
migraña	5	17
numular	1	
tensional	2	25
punzante	1	
Diagnóstico	19 idiopáticas	
Tratamiento sintomático	4 triptanes 5 AINE	
Tto preventivo del episodio	4 indometacina	
Tto preventivo a largo plazo		
B-Bloqueantes	3	
Indometacina	3	
TPM	1	
Antecedentes familiares	0	
Técnicas de neuroimagen realizadas	13 Angio-RMN 2 RMN 4 AngioTAC	

La comparativa la hemos hecho con los resultados de los estudios de Frese¹ y Pascual¹², sumando una muestra de 64 pacientes entre ambos trabajos. Nuestra muestra se ha obtenido de pacientes de la Unidad de Cefaleas del Hospital Clínico

de Valladolid. El estudio de Frese obtuvo su muestra de los pacientes diagnosticados de Cefalea Sexual por los Departamentos de Neurología de las Universidades de Münster y Essen (Alemania) entre 1996-2001. El estudio de Pascual se basó en pacientes diagnosticados de cefalea relacionada con la tos, ejercicio físico o sexo entre 1981 y 1996 en el Servicio de Neurología del Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. Para la comparativa con nuestro trabajo nosotros hemos tomado los datos del estudio de Pascual¹² referentes a la Cefalea Sexual.

La primera diferencia significativa la encontramos en la distribución por sexo. Si bien la bibliografía muestra una incidencia muy superior de la cefalea sexual en varones (76,6%), nuestra serie revela prácticamente la igualdad entre ambos sexos (52,6% a favor del sexo masculino). El estudio de Frese de 2007, con una muestra de 60 pacientes, también mostraba una clara asimetría con fuerte predominio del sexo masculino. El estudio de Vergallo con n=2 pacientes no se considera relevante en ese sentido. Nuestros datos parecen reflejar más la estructura de la pirámide de edades por sexo de Valladolid, donde en las franjas de entre 35 y 55 años hay un ligero predominio de mujeres.



Los trabajos de Frese de 2003 y 2007 que, a diferencia del resto, recogen la diferenciación entre cefalea tipo 1 y tipo 2 podrían explicar esta discordancia ya que el sesgo hacia el sexo masculino parece ser notablemente más pronunciado en la cefalea tipo 1 (3:19) que en la tipo 2 (23-66). Recordamos que la cefalea relacionada con la actividad sexual tipo 1 es la relacionada con el orgasmo y generalmente presente como una cefalea trueno (la principal en nuestra serie), y la tipo 2 la relacionada con la excitación.

En cuanto al consumo de tabaco no podemos contrastar con otros estudios ya que no recogen este dato sin embargo si comparamos la prevalencia de fumadores y exfumadores entre los pacientes diagnosticados de cefalea asociada a la actividad

sexual vemos que los porcentajes en el rango de edad en el que nos movemos (en torno a 45 años) son muy similares a los publicados por el Instituto Nacional de Estadística referidos a la población española ¹³

INEbase		Determinantes de la salud. Cifras relativas				INEbase
02		CONSUMO Y EXPOSICIÓN AL TABACO				
Consumo de tabaco según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años.						
	Total	Fumador diario	Fumador ocasional	Exfumador	Nunca ha fumado	
AMBOS SEXOS						
De 35 a 44 años	100,00	30,59	2,99	17,81	48,62	
De 45 a 54 años	100,00	32,15	3,42	26,34	38,09	
HOMBRES						
De 35 a 44 años	100,00	32,83	2,95	19,59	44,63	
De 45 a 54 años	100,00	34,34	3,68	31,44	30,54	
MUJERES						
De 35 a 44 años	100,00	28,25	3,02	15,95	52,78	
De 45 a 54 años	100,00	29,97	3,16	21,30	45,57	

La duración de media de la cefalea encontrada en nuestro trabajo (244 minutos) es muy similar a la publicada anteriormente (266). Esta pequeña diferencia se hace todavía menos relevante si comprobamos en la primera tabla la gran amplitud de los rangos de duración que abarcan –atendiendo a distintos trabajos- desde 10 minutos hasta 12 horas.

El siguiente punto de discusión interesante lo encontramos en lo referente a la localización. En nuestro estudio predomina la localización frontal (52,6%), frente al predominio de la localización occipital del estudio A+B (76,5%). Comentar que en nuestro estudio la localización occipital de la cefalea sexual ocupaba un discreto segundo plano (10,5%, muy por debajo de la localización frontal, con diferencia la más frecuente en nuestra serie).

Las maniobras de Valsalva desencadenaban cefalea en tan solo 1 de nuestros 19 pacientes (5,2%) frente a los 19 casos registrados en el resumen bibliográfico

En nuestro estudio el carácter de la cefalea del paciente se ha clasificado en cuatro apartados: pulsátil, opresiva, punzante y explosiva. Los trabajos utilizados para la comparativa sólo valoran la pulsatilidad lo que, para poder comparar, nos obliga a clasificar los nuestros en sólo dos apartados atendiendo a este criterio y de este modo encontramos resultados muy parecidos; en ambos casos se revela el

predominio del carácter pulsátil que recoge el 52,6% de los casos en nuestro estudio y el 57,8% en el resumen obtenido de la bibliografía.

También en lo referente a la uni-bilateralidad del dolor los resultados son similares: nuestra serie mostró 5 casos de localización unilateral de la cefalea (26,3%), frente a los 20 casos del estudio Frese+Pascual (31,25%).

El último punto comparable supone la relación de la cefalea sexual con otros tipos de cefaleas. Nuestra tabla revela que 5 pacientes asociaban migraña (26,31%), 1 cefalea numular (5,2%), 1 cefalea punzante (5,2%) y 2 cefalea tensional (10,4%). La serie Frese+Pascual mostraban relación con cefalea tensional en 25 pacientes (39%) y migraña en 17 (26,5%). Si bien la comparativa respecto a migraña es prácticamente idéntica en ambos estudios, nuestra serie mostró una relación claramente inferior en relación con la cefalea tensional. Es posible, de nuevo, que la antigua cefalea relacionada con la actividad sexual del tipo 2 se asocie (como indican Frese y Pascual en sus estudios), sobre todo con la cefalea tensional, y de ahí la escasa observación de esta entidad en nuestra serie en la que está principalmente representada la cefalea relacionada con el orgasmo.

La cefalea asociada a actividad sexual comparte características con la cefalea en trueno, que se define como cefalea de alta intensidad, inicio brusco y alcance de la máxima intensidad del dolor en el primer minuto. En la cefalea trueno se recomienda siempre la realización de exploraciones complementarias suficientes para descartar la presencia de lesiones subyacentes.

Los **criterios diagnósticos de la cefalea en trueno** (CIC-3) son:

- A.- Cefalea severa cumpliendo criterios B y C
- B.- Inicio súbito, alcanzando la intensidad máxima en menos de un minuto.
- C.- Duración de al menos 5 minutos.
- D.- Sin mejor explicación por otro diagnóstico.

De hecho, hay autores que ponen en duda que la cefalea en trueno sea un tipo primario de cefalea. Debe realizarse un diagnóstico diferencial minucioso en busca de una causa que la justifique: hemorragia subaracnoidea, trombosis venosa cerebral, aneurisma, disección arterial¹⁴, meningitis, apoplejía hipofisaria, etc.

En nuestro estudio el 73,6% de los pacientes cumplían criterios de cefalea en trueno. El 100% de los pacientes de nuestra muestra (tanto los que presentaban cefalea en trueno asociada a la cefalea sexual como los que no) tenían realizadas pruebas de neuroimagen bien normales, o con el hallazgo de lesiones no significativas (angiomas venosos)

En cuanto al tratamiento los fármacos que han mostrado mayor efectividad en este tipo de cefalea han sido los beta-bloqueantes como medida profiláctica y la indometacina una vez que el cuadro clínico ya se ha instaurado.¹ En nuestros pacientes se han empleado AINES y triptanes para el tratamiento sintomático, indometacina como preventivo episódico y, sobre todo, Beta-Bloqueantes e Indometacina como preventivos a largo plazo.

CONCLUSIÓN

La Cefalea Sexual es una cefalea primaria, muy poco presente, incluso en registros de cefaleas de hospitales terciarios.

En nuestra serie su distribución es similar entre varones y mujeres, presentándose en la edad media de la vida. Suele manifestarse en forma de “cefalea trueno”, con gran intensidad.

Las diferencias entre la presente serie y las anteriormente publicadas, probablemente muestren la pérdida de consideración de la cefalea relacionada con la excitación sexual como entidad con entidad propia.

Quizá la incidencia de esta cefalea sea menor de la real como consecuencia del temor presente en parte de nuestra población al hecho de comentar con su médico hechos en relación con su actividad sexual.

Hay que recordar que siempre debe descartarse una lesión estructural subyacente en estos pacientes y que hay tratamientos sintomático o preventivos que pueden hacerles mejorar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Frese A, Rahmann A, Gregor N, Biehl K, Husstedt I-W, Evers S. Headache associated with sexual activity: prognosis and treatment options. *Cephalalgia* 2007; 27: 1265-70.
- 2 Wang SJ, Fuh JL. The "Other" Headaches: Primary Cough, Exertion, Sex, and Primary Stabbing Headaches, *Curr Pain Headache*; 2010;14:41-6.
- 3 Holland P, Goadsby PJ. The hypothalamic orexinergic system: pain and primary headaches. *Headache*. 2007;47:951-62.
- 4 Gelfand AA, Goadsby PJ. Primary sex headache in adolescents. *Pediatrics*. 2012 ;130:439-41 .
- 5 Bahara A. Other Primary Headaches. *Ann Indian Acad Neurol* 2012 Aug; 15(Suppl 1): S66–S71.
- 6 Biehl K, Evers S, Frese A. Comorbidity of migraine and headache associated with sexual activity. *Cephalalgia*, 2007, 27; 1271–1273
- 7 Sánchez J. Revisión Actividad Sexual y Cefalea. *Kranion* 2002;2:63-70
- 8 Taylor FR¹. Tobacco, Nicotine, and Headache. *Headache*. 2015;55(7):1028-44
- 9 Frese A, Eikermann A, Frese K, Schwaag S, Husstedt IW, Evers S. Headache associated with sexual activity: demography, clinical features, and comorbidity. *Neurology*. 2003; 23;61(6):796-800.
- 10 Frese A, Eikermann A, Frese K, Schwaag S, Husstedt IW, Evers S. Headache associated with sexual activity: demography, clinical features, and comorbidity. *Neurology*. 2003; 23;61(6):796-800.
- 11 Vergallo A, Baldacci F, Rossi C, Lucchesi C, Gori S. Sexual headache: two familiar orgasmic headache cases and review of the literature. *Acta Neurol Belg*. 2015 Dec;115(4):757-8
- 12 Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vázquez-Barquero A, Berciano J. Cough, exertional and sexual headaches: An analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996; 46:1520-1524
- 13 <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2011/p06/l0/&file=06017.px>
- 14 Szatmary Z, Boukobza M, Vahedi K, Stapf C, Houdart E, Bousser MG. Orgasmic Headache and middle cerebral artery dissection. *J.Neurol.Neurosurg.Psychiatry* 2006;77;693-694