



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

TRABAJO DE FIN DE GRADO

CEFALEA NUMULAR: SEGUIMIENTO DE UNA SERIE DE PACIENTES

AUTORA:

BERTA VARONA GALÁN

TUTORES:

ÁNGEL LUIS GUERRERO PERAL

DAVID GARCÍA AZORÍN

CRISTINA GARCÍA IGLESIAS

CURSO ACADÉMICO 2020-2021

ÍNDICE

- RESÚMEN.....	3
- INTRODUCCIÓN.....	4
o Generalidades.....	4
o Fisiopatología.....	4
o Características.....	5
o Diagnóstico.....	5
o Tratamiento.....	6
o Evolución.....	6
- HIPÓTESIS.....	7
- OBJETIVO.....	7
- MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
o Tipo de estudio.....	7
o Población.....	8
o Análisis estadístico.....	8
o Aspectos éticos.....	8
o Variables.....	9
- RESULTADOS	10
o Selección de pacientes	10
o Características basales de la muestra.....	11
o Características del seguimiento.....	13
- DISCUSIÓN.....	15
o Evolución.....	16
- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	17
- CONCLUSIÓN.....	17
- BIBLIOGRAFÍA.....	18
- PÓSTER.....	21

RESUMEN

Introducción

La cefalea numular está caracterizada por un dolor en un área delimitada, circular u ovalada de 2-6 cm de diámetro. El dolor se presenta normalmente de forma continua con intensidad de leve a moderada con posibles exacerbaciones sobreimpuestas. De descripción reciente, series de pacientes han ido estableciendo su fenotipo, pero aún falta información sobre su evolución en el tiempo.

Objetivo

Describir las características clínicas y terapéuticas de una extensa serie de pacientes con cefalea numular a lo largo de un seguimiento prolongado.

Material y métodos

Estudio observacional. Registro prospectivo desde 2008 de todos los pacientes con cefalea numular atendidos en la Unidad de Cefaleas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Posteriormente recogida retrospectiva de la evolución de los pacientes de ese registro con al menos 5 años de evolución. Consideramos variables sociodemográficas, clínicas y de respuesta al tratamiento.

Resultados

De los 289 pacientes del registro, 190 eran elegibles en función del tiempo de evolución y 147 fueron finalmente incluidos. Las características basales de la serie fueron similares a lo recogido en la literatura. Seguimiento de $68,7 \pm 41,7$ meses. En el 78,5 % de pacientes con respuesta al tratamiento preventivo, éste se retiró reapareciendo en el 21,9% de los casos. Mejoría espontánea en un 42,2% de los pacientes, reapareciendo posteriormente en el 22,6% de casos.

Conclusiones

En un seguimiento prolongado de una serie extensa de pacientes con cefalea numular existe un porcentaje de casos con remisión espontánea, la respuesta al tratamiento preventivo en los casos en que es necesario es por lo general buena aunque hay casos resistentes al tratamiento, y en pacientes con buena respuesta al tratamiento preventivo este puede retirarse con el tiempo sin reaparición de la cefalea en la mayoría de los casos.

Palabras clave

INTRODUCCIÓN

GENERALIDADES

El término cefalea numular proviene del latín *nummus* que significa moneda. Se denomina así por la forma pequeña y redonda del área dolorosa. Fue descrita por primera vez en 2002 por Pareja et al (1).

Se caracteriza por un dolor localizado en una zona craneal circunscrita y bien delimitada con forma circular (80%) u ovalada (20%) de entre 2 y 6 cm de diámetro. Tiene una incidencia en España de entre 6,4 y 9 casos por 100.000 habitantes/año. Se presenta más frecuentemente en mujeres (1,8:1) y se suele diagnosticar entre los 40 y 50 años (2).

La evolución a lo largo del tiempo es aún incierta. Puede desaparecer espontáneamente o persistir requiriendo tratamiento (2).

FISIOPATOLOGÍA

Su gran variabilidad clínica sugiere la presencia de mecanismos tanto centrales como periféricos implicados en su origen (2). En la mayoría de los pacientes estudiados no se evidencian lesiones subyacentes por lo que se considera una cefalea primaria.

La mayoría de los autores la califican como una epicránea, es decir, un dolor de naturaleza periférica, provocado por la afectación de terminaciones nerviosas cutáneas del cuero cabelludo, bien como consecuencia de una lesión local o de una disfunción de sus ramas terminales. Un traumatismo leve puede provocar un daño en las terminaciones nerviosas y lesión en los nociceptores cutáneos (2). Esta hipótesis se basa en la topografía tan bien definida de la cefalea y en las alteraciones sensitivas que en ocasiones la acompañan, como la disestesia, hipoestesia o alodinia (3).

Datos que pudieran hacer pensar en un origen central son la falta de respuesta habitual a bloqueos de nervios epicraneales, la respuesta ocasional a fármacos tanto sintomáticos como preventivos de acción central (4,5), y la presencia en ocasiones de características migrañosas en el dolor (carácter pulsátil, relación con la menstruación,...) (6,7). Sin embargo, esta hipótesis es menos consistente, ya que un proceso central provocaría dolor en zonas más amplias y es difícil encontrar una relación con la presencia de una pequeña área hiperalgésica o alodínica (7,8).

Un estudio reciente la considera como un tipo de dolor regional complejo por el tipo de dolor, el aumento de sensibilidad de la zona y los cambios tróficos a los que a veces se asocia (9).

CARACTERÍSTICAS

La cefalea numular se localiza en una zona muy bien delimitada precisa de la cabeza, siendo la más frecuente la calota parietal, concretamente en su zona más convexa (el *túber* parietal), aunque puede localizarse en cualquier región cefálica. El área dolorosa no cambia de forma o diámetro con el tiempo (3,10). En ocasiones hay más de 1 foco doloroso. El carácter del dolor es generalmente opresivo o punzante, y su intensidad es entre leve y moderada, aunque puede llegar a ser severa (7).

Aunque su duración es variable, persiste en hasta un 75% de los casos publicados. Aunque el dolor es continuo pueden presentarse exacerbaciones de segundos hasta minutos superimpuestas sobre el dolor basal. Puede haber remisiones espontáneas del cuadro doloroso (7).

Clasificamos por convenio a los pacientes con cefalea numular en casos episódicos cuando aparece menos de 15 días al mes y crónicos cuando el dolor está presente más de 15 días al mes (7).

En la zona afectada puede aparecer disfunción sensitiva como hipoestesia, disestesia, parestesia, alodinia y/o hipersensibilidad. En algunos casos existen cambios tróficos como alopecia en el área del dolor, atrofia o eritema (11). Puede coexistir con otras cefaleas primarias, como la migraña, pero su curso clínico es independiente de ellas (6).

DIAGNÓSTICO

En 2004 se incluyó en el apéndice de investigación de la segunda Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC), como una cefalea primaria cuyos criterios diagnósticos se basaron en las características de los pacientes recogidos hasta ese momento (9). En la siguiente edición de la CIC y tras la publicación de varios artículos que asentaron su fenotipo, figura en el cuerpo central de la clasificación (2,12).

Para el diagnóstico hay que descartar causas secundarias mediante la anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias. En la mayoría de los pacientes estudiados hasta el momento no existen lesiones subyacentes; incluso en aquellos con eventos traumáticos asociados, no es fácil establecer la relación temporal entre el traumatismo y el inicio o la localización de la cefalea. Por todo ello la cefalea numular

se considera principalmente una cefalea primaria (1,9). En una serie de casos se planteó su posible relación con una neuropatía asociada a un proceso autoinmune (13), si bien estos resultados no han podido validarse en otras series.

Los criterios diagnósticos, definidos por la Clasificación Internacional de Cefaleas III, son los siguientes (14)

A. Cefalea continua o intermitente que cumple el criterio B

B. Se localiza únicamente en un área del cuero cabelludo, con las siguientes cuatro características:

- a. Contorno bien perfilado
- b. Tamaño y forma fijos
- c. Redondo o elíptico
- d. 1-6 cm de diámetro

C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la cefalea numular

Se piensa que es un trastorno infradiagnosticado ya que no todos los pacientes que lo padecen son derivados a las consultas de neurología (10).

TRATAMIENTO

Hay pacientes que no lo precisan, siendo únicamente necesario dar a conocer la naturaleza benigna del proceso (6).

Como tratamiento sintomático se pueden emplear analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). En pacientes con exacerbaciones puede ser útil la Indometacina.

Como tratamiento preventivo, el fármaco más utilizado es la Gabapentina(4). En pacientes sin respuesta a la gabapentina o en pacientes mayores en los que queremos evitar sus efectos adversos, la infiltración con OnabotA, gracias a su actuación local sobre receptores dolorosos periféricos, es una alternativa interesante. Se usa inyectando entre 10 y 50 unidades perimetrando la zona dolorosa (11,15).

EVOLUCIÓN

La evolución de la cefalea numular es aún incierta.

Los datos de los que disponemos se han recogido sobre todo en función de la evolución de la cefalea antes de su diagnóstico.

La consideramos persistente cuando está presente durante más de 3 meses y no hay períodos de remisión significativa, episódica cuando hay períodos de remisión mayores de 3 meses, y de reciente aparición cuando ante un tiempo de evolución menor de 12 meses no puede establecerse su historia natural (7).

En un estudio recientemente publicado se observó que pacientes con cefalea numular seguidos a lo largo del tiempo, tendían a remitir espontáneamente en caso de tratarse de formas crónicas, y de no hacerlo requiriendo tratamientos más enérgicos en los casos de cefalea numular episódica (9).

HIPÓTESIS

La cefalea numular podría ser una cefalea persistente en el tiempo o afectar a los pacientes dentro de determinados periodos de su vida.

Los tratamientos preventivos necesarios en pacientes más afectados por esta cefalea, podrían modificar su historia natural o bien ser necesarios durante periodos prolongados de tiempo.

OBJETIVO

Describir las características clínicas y terapéuticas de una extensa serie de pacientes con cefalea numular a lo largo de un seguimiento prolongado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, longitudinal con diseño de cohorte prospectiva. Se han seguido las guías STROBE para estudios longitudinales (16).

Desde Enero de 2008 se llevó a cabo un registro prospectivo de los pacientes diagnosticados de cefalea numular en la Unidad de Cefaleas del Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid en función de los criterios vigentes de la CIC.

Posteriormente, para completar el seguimiento y de cara a establecer la evolución de todos los casos, se obtuvieron datos consultando las historias clínicas tanto en formato electrónico como formato papel del hospital, así como la historia clínica electrónica de Atención Primaria. Finalmente se contactó telefónicamente con los pacientes para completar los datos necesarios.

Población

La población de referencia, la componen pacientes del Área de Salud Valladolid Este (aproximadamente 270.000 personas).

En la Unidad de cefaleas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid se dispone de un registro prospectivo de pacientes (en el momento del análisis de este TFG 7660 pacientes).

La población a estudio consistió en los 289 pacientes del registro prospectivo de pacientes con cefalea numular de la unidad de cefaleas.

Seleccionamos entre ellos a aquellos en los que hubieran transcurrido al menos 5 años tras el diagnóstico (aquellos incluidos en el registro entre Enero de 2008 y Abril de 2016).

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas continuas se describen como media y desviación estándar. Las variables cualitativas, se describen mediante frecuencias absolutas con su intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

Para el análisis de datos se ha creado una base de datos anonimizada en el programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®, versión 25.0, IBM Corp. Armonk, N.Y.).

Aspectos éticos

El estudio se ha desarrollado en concordancia con la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal. En todo momento se ha velado por el anonimato de los participantes, tratándose la información obtenida de manera confidencial conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018.

Este estudio ha recibido la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Valladolid Este (PI 21-2283).

Variables

Demográficas
Edad
Sexo
Evolución previa
Edad de inicio cefalea numular
Latencia inicio/diagnóstico (meses)
Área dolorosa
Forma
Uni o multifocal
Diámetro (centímetros)
Localización (región y lado)
Dolor
Días de dolor al mes
Características dolor basal
Exacerbaciones y sus características
Desencadenantes
Hallazgos en la exploración
Pruebas complementarias
Analítica
Neuroimagen
Tratamiento
Sintomático y respuesta
Preventivo y respuesta
Evolución
Resolución
Reaparición

Tabla 2. Variables

En el registro prospectivo de cefalea numular están recogidas variables demográficas (edad, edad de inicio de la cefalea, sexo) y clínicas (latencia entre inicio y diagnóstico, días de dolor al mes, intensidad del dolor basal en la escala analógica visual (EVA): 1-10 (1: no dolor al 10: dolor más fuerte imaginable), forma (redonda u ovalada),

localización, diámetro medido en centímetros, carácter del dolor). Se tuvo en cuenta la presencia de desencadenantes como la presencia de TCE (traumatismo craneoencefálico). Y en los casos en los que había exacerbaciones se recogieron sus características (intensidad, duración y carácter).

En el momento del diagnóstico se llevó a cabo una exploración neurológica completa evaluando la presencia de alodinia, disestesia o cambios tróficos.

En todos los pacientes se realizaron pruebas de neuroimagen (TC o RM). En el momento de la inclusión se recogió si el paciente usaba tratamiento sintomático y la respuesta al mismo, así como los tratamientos preventivos utilizados con anterioridad a su llegada a la unidad de cefaleas y su respuesta a los mismos.

En el seguimiento llevado a cabo para este trabajo se recogieron los tratamientos sintomáticos y preventivos utilizados, la respuesta de los pacientes y si, bien tras su resolución espontánea o bien tras la supresión del tratamiento, la cefalea había reaparecido.

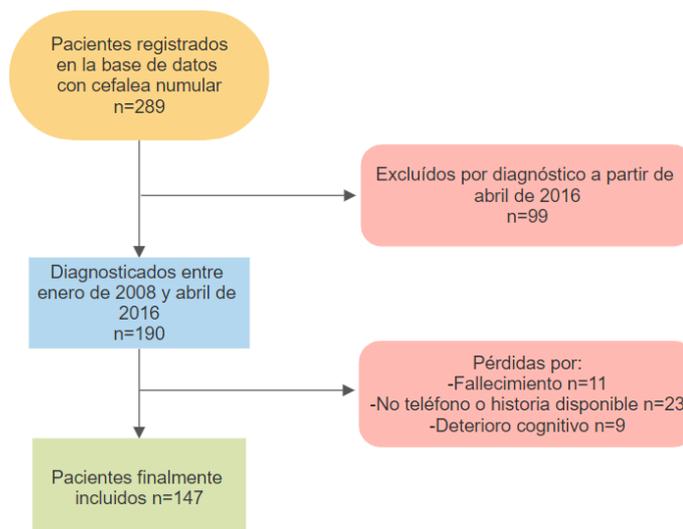
Definición de la respuesta:

- No respuesta (la disminución de días de cefalea al mes está por debajo del 30%).
- Respuesta parcial (la disminución de días de cefalea al mes está entre el 30 y el 49%).
- Respuesta positiva (la disminución de días de cefalea al mes está entre el 50 y el 74%).
- Respuesta excelente (la disminución de días de cefalea al mes es = o > 75%).

RESULTADOS

Selección de pacientes

Durante el período del estudio se evaluaron 190 pacientes diagnosticados de cefalea numular entre enero de 2008 y abril de 2016, de los que se descartaron de la muestra: 11 por fallecimiento, 23 por no contestar en varias ocasiones a la consulta telefónica o no disponibilidad de la historia clínica y 9 por deterioro cognitivo. Por ello finalmente la población en la que se consiguió realizar el seguimiento clínico fue de 147 pacientes.



Características basales de la muestra

De los 147 pacientes de la muestra final, 92 son mujeres (62,6%) y 55 (37,4%) varones (1,7:1). La edad media de inicio de la cefalea son 46,8 años (desviación típica 17,1). La media de edad al diagnóstico es 49,8 (desviación típica 17,6). La media de meses transcurridos hasta el diagnóstico fue 31,6 (desviación típica 71,8).

El 29,3% de los pacientes presentaban antecedentes de otros tipos de cefalea, siendo las más frecuentes la migraña y la cefalea tensional.

Un 12,2% de los pacientes describieron traumatismo craneoencefálico como desencadenante.

Respecto al patrón temporal de la cefalea, fue crónico en el 47,6% de los casos, episódico en el 23,8% y reciente en el 28,6% de los casos. El 87,1% de los casos fueron unifocales (128 pacientes) y el 12,9% (19 pacientes) fueron multifocales.

La media de días de dolor al mes fue 18,7 (desviación típica 10,5). En el 8,8% de los casos no disponíamos de este dato. La intensidad del dolor basal era 5,3 (desviación estándar 1,7) en la escala EVA del 1-10, no presentando dolor basal el 16,3% de los pacientes. Respecto al carácter del dolor basal, el 46,8% lo refería opresivo, el 22,6% quemante, y el 21% punzante.

Presentaron exacerbaciones el 52,4% de los pacientes. La media de la intensidad de las exacerbaciones fue 7,4 (desviación típica 1,8). La duración media en segundos de las exacerbaciones 361 segundos (desviación típica 735). En cuanto al carácter de las exacerbaciones, la cualidad más frecuente fue punzante (61%), opresivo (18,2%), quemante (11,7%), lancinante (5,2%) y pulsátil (3,9%).

Cuando se les preguntó sobre la variabilidad del dolor, el 92,3% de los pacientes lo describieron como estable. El 72,7% de los pacientes no apreciaron que fuese más intenso el dolor en algún momento concreto del día, mientras que si lo describieron más intenso por la mañana el 7,7%, por la tarde el 10,5% y por la noche el 8,4%. El 17,5% de los pacientes estudiados referían que el dolor les despertaba por la noche.

La forma era circular en el 78,9% (diámetro medio de 4,1 cm, desviación estándar 1,2) y ovalada en 21,1% (diámetro mayor medio de 5,9 cm y desviación estándar 1,3, y diámetro menor medio de 4,1 cm y desviación estándar de 1). En cuanto a la localización, el 47,6 se localizaban en el lado derecho de la cabeza, el 40,8% en el lado izquierdo y el 10,9% eran sagitales. Las localizaciones más frecuentes fueron parietal (29,9%), occipital (25,2%), frontal (20,7%) y temporal (10,2%).

A la exploración el 2,7% presentó algún cambio trófico. El 40,3% de los pacientes presentaban alodinia y el 31,3% hipersensibilidad al tacto.

En cuanto a las pruebas de neuroimagen, se realizó TC en el 43,5% y RMN en el 51,7%. En 7 casos no se realizó prueba de imagen. El resultado de dichas pruebas fue normal en el 87,2% de los casos.

VARIABLE	PORCENTAJE
Género (M/F)	62,6 %/ 37,4 %
Edad (años)	49,8 ± 17,6
Edad inicio (años)	46,8 ± 17,1
Tiempo antes del diagnóstico (meses)	31,6 ± 71,8
Días dolor al mes	18,7 ± 10,5
Intensidad del dolor basal (EVA)	5,3 ± 1,7
Forma (circular/ovalada)	78,9% / 21,1%
Tamaño forma circular (diámetro en cm)	4,1 ± 1,2
Tamaño forma ovalada (diámetro mayor/menor en cm)	5,9 ± 1,3/ 4,1 ± 1,0
Localización	
- Parietal	29,9%
- Occipital	25,2%
- Frontal	20,7%
- Temporal	10,2%

Carácter dolor basal	
- Opresivo	46,8%
- Quemante	22,6%
- Punzante	21,0%
- Pulsátil	8,1%
- Terebrante	0,8%
- Tirante	0,8%
Uni/Multifocal	87,1%/12,9%
Desencadenantes	
- NO	87,8 %
- TCE	12,2 %
Exacerbaciones (si/no)	52,4%/47,6%
Duración exacerbaciones (segundos)	361 ± 735
Carácter exacerbaciones	
- Punzante	61,0%
- Opresivo	18,2%
- Quemante	11,7%
- Lancinante	5,2%
- Pulsátil	3,9%
Intensidad exacerbaciones (EVA)	7,4 ± 1,8
Alodinia/Disestesia	40,3% / 31,3%

Tabla 3. Características basales de la muestra (n=147)

Características del seguimiento

La media de periodo activo de la cefalea numular fue de 57,3 meses (desviación estándar 104). La media de tiempo de seguimiento fue de 105,8 meses (desviación estándar 26,9). El tratamiento mínimo, de acuerdo con los criterios de inclusión, fue de 5 años.

Necesitaron tratamiento sintomático en algún momento el 76,9% de los pacientes (113 casos), y en 8 casos desconocemos si lo utilizaban o no (5,4%). Los fármacos más utilizados fueron paracetamol (41,3%), ibuprofeno (25,3%), naproxeno 6,7%, AINE no especificado (16%) y metamizol (4%). De los que tomaron tratamiento sintomático el 13,2% no respondían, el 12,4% presentaron una respuesta total con el tratamiento sintomático y el 60,3% tenían respuesta parcial. En el 6,6% no recordaban la respuesta.

El número de pacientes que ha recibido tratamiento preventivo en algún momento es 100 (68%), mientras que 47 (32%) no lo recibieron. Los tratamientos más utilizados fueron la gabapentina (53% de los casos) y amitriptilina, lamotrigina y toxina botulínica (8% en cada uno de ellos). El 49% de los pacientes respondió de forma óptima al tratamiento preventivo, el 12% respondió de manera positiva, el 11% respondió de manera parcial y el 10% de los casos no respondió al profiláctico.

VARIABLE	PORCENTAJE
Tratamiento sintomático	76,9 %
Respuesta tratamiento sintomático	
- No respuesta	13,2 %
- Parcial	60,3 %
- Total	12,4 %
Tratamiento preventivo	68 %
- GBP	53,0 %
- AMT	8,0 %
- LTX	8,0 %
- Toxina botulínica	8,0 %
Respuesta tratamiento preventivo	
- No respuesta	10,0 %
- Parcial	11,0 %
- Positiva	12,0 %
- Óptima	49,0 %

Tabla 4. Tratamiento y respuesta

En los 78,5 % de pacientes en que se consiguió una respuesta óptima, se retiró el tratamiento preventivo. En un seguimiento de $68,7 \pm 41,7$ meses el dolor reapareció en el 21,9%.

Remisión tras retirada TTO	Frecuencia	Porcentaje
NO	14	21,9%
SI	50	78,1%
TOTAL	64	100%

Tabla 5. Mantenimiento de respuesta tras retirada del tratamiento

Hubo mejoría espontánea en un 42,2% de los casos y resolución espontánea en el 29,3%. Tras el seguimiento realizado, reapareció la cefalea en un 22,6%.

En nuestra serie el hecho de que la cefalea numular en el momento del diagnóstico fuese episódica o crónica no influyó en la evolución posterior.

DISCUSIÓN

En este trabajo, aparte de describir las características basales de la serie de pacientes con cefalea numular más extensa de la literatura, llevamos a cabo un seguimiento de 147 casos de al menos 5 años.

Desde que se describió por primera vez la cefalea numular se han notificado más de 200 casos (17). En este estudio se ha descrito la evolución de una serie de 147 pacientes diagnosticados de cefalea numular según los criterios de la ICHD-III (14). En nuestra muestra se observa un predominio femenino y la media de edad de inicio es 46,8, años que concuerda con las series previas(7).

La latencia en meses desde el inicio de la cefalea hasta el diagnóstico es de 31,6 meses (DE 71,8). Creemos que es una entidad infrareconocida e infradiagnosticada.

La forma es circular en la mayoría de las áreas dolorosas y la localización más frecuente es la parietal seguida de la occipital, similar a los casos descritos en la bibliografía (7). El carácter del dolor en los pacientes de nuestra muestra es opresivo en el 46,8% similar a los hallazgos de las series previas (7,18,19).

Un 87,1% de los pacientes presentaron un foco de dolor mientras que un 12,9% fueron multifocales. En 2009 Cuadrado et al presentaron el primer estudio describiendo pacientes con dolor en áreas separadas (20). Aunque es una característica poco frecuente, se ha descrito en varios estudios (21–25).

La mitad de nuestros pacientes presentaba exacerbaciones, con intensidad 7,4 en la escala EVA; estas exacerbaciones son más intensas que el dolor basal y la mayoría de carácter punzante(7). Pueden durar de segundos a minutos (1,10), en nuestra serie 361 segundos de media(10). Pueden desencadenarse tocando el área dolorosa o realizando maniobras de Valsalva (32).

Sobre el tratamiento aún no se han realizado ensayos clínicos en esta cefalea, por lo que la evidencia disponible está basada en series de casos u opiniones de expertos (7).

El 76,9% de los pacientes de nuestra serie necesitó en algún momento tratamiento sintomático. Los fármacos más empleados fueron paracetamol e ibuprofeno con respuesta parcial en la mayoría, coincidiendo con lo publicado (33). También se ha

descrito en otras series el empleo de triptanes (28), opiáceos, corticoides o infiltración local con analgésicos, sin obtener respuesta apropiada en la mayoría de los casos (34). Tayeb et al mostraron un caso que fue tratado con TENS (electroestimulación percutánea) con desaparición completa del dolor (35). También se ha descrito el empleo de tratamiento antiviral en la asociación de cefalea numular con virus varicela zóster (26).

El tratamiento preventivo, buscando disminuir el número de días de cefalea, se prescribió inicialmente en un 68,5% de los pacientes.

Nuestra serie coincide con el resto de la literatura en el uso como primera elección de gabapentina (31–33). La Onabotulinumtoxin A (OnabotA), disminuyendo la sensibilización de las fibras dolorosas periféricas (15,34) ha sido empleada sobre todo en los casos refractarios a gabapentina (19,35).

Evolución

Los datos más originales de este trabajo son los obtenidos por el seguimiento de los pacientes.

En primer lugar, la respuesta al tratamiento preventivo fue significativa pero no completa en los casos que lo requirieron. En segundo lugar, observamos que el tratamiento preventivo podía modificar la historia natural de la cefalea numular, puesto en que un elevado porcentaje de pacientes a los que se retiró el preventivo tras una respuesta óptima se mantuvieron asintomáticos tras su retirada. También encontramos pacientes con remisión espontánea mantenida en el tiempo.

Sólo hay otro trabajo en la revisión bibliográfica llevada a cabo con un seguimiento prolongado de una serie de 82 pacientes (9). La observación de un peor pronóstico en el seguimiento de las formas de cefalea numular episódica en comparación con los casos con cefalea numular crónica no ha podido ser validado por nuestros resultados.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio tiene limitaciones.

Si bien el registro inicial fue prospectivo, el seguimiento lo ha sido retrospectivo, dependiendo de la memoria de los pacientes para completar algunos datos. También hay que señalar que en un 23% de los pacientes potencialmente elegibles no se pudo completar el seguimiento.

Finalmente, estos resultados derivan de un estudio unicéntrico de un ámbito muy concreto y por tanto pueden no ser extrapolables a otras localizaciones.

CONCLUSIÓN

En un seguimiento prolongado de una serie extensa de pacientes con cefalea numular

- Existe un porcentaje de casos con remisión espontánea.
- La respuesta al tratamiento preventivo en los casos en que es necesario es por lo general buena aunque hay casos resistentes al tratamiento.
- En pacientes con buena respuesta al tratamiento preventivo este puede retirarse con el tiempo sin reaparición de la cefalea en la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pareja JA, Caminero AB, Serra J, Barriga FJ, Baron M, Dobato JL, et al. Numular headache: A coin-shaped cephalgia. *Neurology* 2002;58(11):1678-9.
2. Dach F, Speciali J, Eckeli A, Rodrigues G, Bordini C. Nummular Headache: Three New Cases. *Cephalalgia* 2006;26(10):1234-7.
3. Pareja JA, Pareja J, Yangüela J. Nummular headache, trochleitis, supraorbital neuralgia, and other epicranial headaches and neuralgias: the epicranias. *J Headache Pain* 2003;4(3):125-31.
4. Guia_Cefaleas_san-2019.pdf [Internet]. Disponible en: http://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/03/Guia_Cefaleas_san-2019.pdf
5. Trigo J, García-Azorín D, Martínez Pias E, Sierra Á, Chavarría A, Guerrero AL. Clinical characteristics of nummular headache and differentiation between spontaneous and posttraumatic variant: an observational study. *J Headache Pain* 2019;20(1).
6. Pareja JA, Pareja J. Nummular headache: diagnosis and treatment. *Expert Rev Neurother* 2003;3(3):289-92.
7. Cuadrado ML, López-Ruiz P, Guerrero ÁL. Nummular headache: an update and future prospects. *Expert Rev Neurother* 2018;18(1):9-19.
8. Fernández-de-las-Peñas C, Cuadrado M, Barriga F, Pareja J. Pericranial Tenderness is Not Related to Nummular Headache. *Cephalalgia* 2007;27(2):182-6.
9. Clar-de-Alba B, Barriga FJ, Rodríguez-Caravaca G. Descripción clínica y fisiopatológica de la cefalea numular: serie de casos. *Rev Neurol (Barc)* 2020;70(5):171-8.
10. Pareja JA, Pareja J, Barriga FJ, Barón M, Dobato JL, Pardo J, et al. Nummular Headache: A Prospective Series of 14 New Cases. *Headache* 2004;44(6):611-4.
11. ManualCefaleas2020.pdf [Internet]. Disponible en: <https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf>
12. Guerrero, A.L., Martín Polo, J, Gutiérrez, F, Iglesias, F. Representación de la cefalea numular en una consulta general de neurología. *Neurología* 2008;23(7):466-74.
13. Chen W-H, Chen Y-T, Lin C-S, Li T-H, Lee L-H, Chen C-J. A high prevalence of autoimmune indices and disorders in primary nummular headache. *J Neurol Sci* 2012;320(1-2):127-30.
14. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38(1):1-211.
15. Santos-Lasaosa, S., Cuadrado, M.L., Gago-Veiga, A.B., Guerrero-Peral, A.L., Irimia, P., Láinez, J.M., et al. Evidence of and experience with the use of onabotulinumtoxinA in trigeminal neuralgia and primary headaches other than chronic migraine. *Neurología* 2020;35(8):568-78.

16. Vandenberg JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *PLoS Med* 2007;4(10):e297.
17. Cortijo-García E, Guerrero-Peral AL, Herrero-Velázquez S, Peñas-Martínez ML, Rojo-Martínez E, Mulero P et al. Cefalea numular: características clínicas y experiencia terapéutica en una serie de 30 nuevos casos. *Rev Neurol (Barc)* 2011;52(2):72-80.
18. Dai W, Yu S, Liang J, Zhang M. Nummular headache: peripheral or central? One case with reappearance of nummular headache after focal scalp was removed, and literature review. *Cephalalgia* 2013;33(6):390-7.
19. Patel UK, Saleem S, Anwar A, Malik P, Chauhan B, Kapoor A, et al. Characteristics and treatment effectiveness of the nummular headache: a systematic review and analysis of 110 cases. *BMJ Neurol Open* 2020;2(1):e000049.
20. Cuadrado ML, Valle B, Fernández-de-las-Peñas C, Barriga FJ, Pareja JA. Bifocal nummular headache: the first three cases. *Cephalalgia* 2009;29(5):583-6.
21. Ruscheweyh R, Buchheister A, Gregor N, Jung A, Evers S. Nummular headache: six new cases and lancinating pain attacks as possible manifestation. *Cephalalgia* 2010;30(2):249-53.
22. Porta-Etessam J, Lapeña T, Cuadrado M-L, Guerrero A, Parejo B. Multifocal nummular headache with trophic changes. *Headache* 2010;50(10):1612-3.
23. Rocha-Filho PAS. Nummular headache: two simultaneous areas of pain in the same patient. *Cephalalgia* 2011;31(7):874.
24. Guerrero AL, Cuadrado ML, García-García ME, Cortijo E, Herrero-Velázquez S, Rodríguez O, et al. Bifocal nummular headache: a series of 6 new cases. *Headache* 2011;51(7):1161-6.
25. Rodríguez C, Herrero-Velázquez S, Ruiz M, Barón J, Carreres A, Rodríguez-Valencia E, et al. Pressure pain sensitivity map of multifocal nummular headache: a case report. *J Headache Pain* 2015;16(1):38.
26. Mulero P, Matarazzo M, Pedraza MI, Llamas S, Herrero S, Domingo-Santos A, et al. Nummular headache related to exercise or Valsalva maneuver. Clinical characteristics of 3 cases. *Headache* 2013;53(7):1167-8.
27. Schwartz DP, Robbins MS, Grosberg BM. Nummular headache update. *Curr Pain Headache Rep* 2013;17(6):340.
28. López-Ruiz P, Cuadrado M-L, Aledo-Serrano A, Alonso-Oviés A, Porta-Etessam J, Ganado T. Superficial artery aneurysms underlying nummular headache--2 cases and proposed diagnostic work-up. *Headache* 2014;54(7):1217-21.
29. Guerrero ÁL, Cortijo E, Herrero-Velázquez S, Mulero P, Miranda S, Peñas ML, et al. Nummular headache with and without exacerbations: Comparative characteristics in a series of 72 patients. *Cephalalgia*. 2012;32(8):649-53.
30. Tayeb Z, Hafeez F, Shafiq Q. Successful treatment of nummular headache with TENS. *Cephalalgia* 2008;28(8):897-8.

31. Chen W-H, Li T-H, Lee L-H, Huang C-C. Varicella-zoster virus infection and nummular headache: a possible association with epicranial neuralgia. *Intern Med Tokyo Jpn* 2012;51(17):2439-41.
32. Trucco M, Mainardi F, Perego G, Zanchin G. Nummular headache: first Italian case and therapeutic proposal. *Cephalalgia* 2006;26(3):354-6.
33. Trucco M. Nummular headache: another case treated with gabapentin. *J Headache Pain* 2007;8(2):137-8.
34. Aoki KR. Review of a proposed mechanism for the antinociceptive action of botulinum toxin type A. *Neurotoxicology* 2005;26(5):785-93.
35. Mathew NT, Kailasam J, Meadors L. Botulinum Toxin Type A for the Treatment of Nummular Headache: Four Case Studies. *Headache* 2008;48(3):442-7.



Autora: Berta Varona Galán

Tutores: Ángel Luis Guerrero Peral; David García Azorín; Cristina García Iglesias

Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología del HCUV.
Universidad de Valladolid. Grado en Medicina.

