

Rev. Soc. Esp. Dolor  
12: 24-32, 2005

## *Cefalea cervicogénica. Diagnóstico, diagnóstico diferencial y principios generales del tratamiento*

I. O'Mullony<sup>1</sup>, A. Lafuente<sup>1</sup> y J. A. Pareja<sup>2</sup>

O'Mullony I, Lafuente A, Pareja JA. Cervicogenic headache. Differential diagnosis and general therapeutic principles. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 24-32.

### SUMMARY

Cervicogenic headache is either a syndrome, a common final route or a reaction pattern against nociceptive stimulus caused by lesions in one or several anatomical neck structures innervated by cervical nerves. This concept allows different potential etiologies and multi-factorial mechanisms.

Cervicogenic headache is frequent and preferably hits middle-aged women. Pain is strictly unilateral, predominates at the occipital region, but also appears in the frontal area. Headache is generally moderate, non-pulsed and can be accompanied by nausea, vomiting and photoaudiophobia, but it is much less severe than in the migraine. It has a remitting or chronic pattern over time.

The signs and symptoms associated to cervical affectation are always the same: previous history of direct or indirect cervical trauma, limitation of cervical motility towards the symptomatic side, hypersensitivity or pain triggered by pressure applied on certain occipital or cervical areas, and complete (although transitory) relief after local anesthesia of the major occipital nerve and/or the ipsilateral C2 root. Occasionally, anesthesia of the lowest roots or anesthetic cervical joint blockades are required.

Episodic forms can be symptomatically treated with short cycles of NSAIDs or local infiltration of anesthetics and corticoids in the hypersensitive area. Chronic forms

require preventive treatment with amitriptyline or antineuralgic drugs. Several invasive procedures, mainly based on radiofrequency, can be required in order to relieve pain. Prior to their use, the therapeutic target must be identified and the response to local anesthetic blockades has to be estimated. © 2005 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

**Key words:** Cervicogenic headache. Unilateral headache. Neck-origin headache. Anesthetic blockade. Radiofrequency treatment.

### RESUMEN

La cefalea cervicogénica es un síndrome, una vía final común, o un patrón de reacción frente a estímulos nociceptivos generados por lesiones en una o varias estructuras anatómicas del cuello, inervadas por nervios cervicales. Este concepto admite la posibilidad de etiologías diversas y mecanismos multifactoriales.

La cefalea cervicogénica es frecuente, y afecta preferentemente a mujeres en la edad media de la vida. El dolor es estrictamente unilateral, con predominio en la región occipital pero con afectación también de la región frontal. La cefalea es moderada en general, no pulsátil y puede acompañarse de náuseas, vómitos y fotoaudiofobia pero con intensidad mucho menor que en la migraña. El patrón temporal es remitente o crónico.

Los signos y síntomas de afectación cervical son constantes: antecedentes de traumatismo cervical directo o indirecto, limitación de la motilidad cervical hacia el lado sintomático, hipersensibilidad y/o precipitación del dolor por presión sobre determinadas zonas occipitales o cervicales, y alivio completo (aunque transitorio), tras la anestesia local del nervio occipital mayor y/o la raíz C2 ipsilateral. Ocasionalmente es preciso anestesiar raíces más bajas o realizar bloqueos anestésicos articulares cervicales.

Las formas episódicas pueden tratarse de forma sintomática con ciclos cortos de AINE o infiltración local con anestésico y corticoide de la zona hipersensible. Las for-

<sup>1</sup>Servicio de Rehabilitación  
<sup>2</sup>Servicio de Neurología  
Fundación Hospital Alcorcón  
Universidad Rey Juan Carlos  
Alcorcón. Madrid

Recibido: 15-09-04.  
Aceptado: 20-10-04.

mas crónicas requieren tratamiento preventivo con amitriptilina o fármacos antineurálgicos. Diversos procedimientos lesivos, fundamentalmente con radiofrecuencia, pueden ser necesarios para erradicar el dolor. Previamente debe identificarse la diana terapéutica y estimar la respuesta a los bloqueos anestésicos locales. © 2005 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

**Palabras clave:** Cefalea cervicogénica. Cefaleas unilaterales. Cefalea originada en el cuello. Bloqueo anestésico. Tratamiento con radiofrecuencia.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
3. PATOGENIA
4. DIAGNÓSTICO
  - 4.1. Exploraciones complementarias
  - 4.2. Bloqueos anestésicos
  - 4.3. Estimación de la motilidad cervical
  - 4.4. Respuesta farmacológica
5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
  - 5.1. Cefalea tensional
  - 5.2. Hemicrania continua
  - 5.3. Migraña
  - 5.4. Síndrome cuello-lengua
  - 5.5. Neuralgia occipital
  - 5.6. Distrofia craneocervical
  - 5.7. Tendinitis retrofaríngea
  - 5.8. Disección carotídea
  - 5.9. Hemicrania paroxística crónica (HPC)
  - 5.10. Neuralgia supraorbitaria
  - 5.11. Dolor facial atípico
  - 5.12. Cefalea postraumática
  - 5.13. Cefalea disautonómica postraumática
6. PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

“neuralgia occipital” (4), o “síndrome mialgia-neuralgia occipital” (5) han precedido históricamente a los apelativos más recientes: “cefalea cervical” (6), “cefalea cervicogénica” (7) y “cefalea originada en el cuello” (8). Esta diversidad de denominaciones con diferentes consideraciones clínicas y criterios diagnósticos desiguales ha generado confusión y desconfianza ante un síndrome frecuente pero paradójicamente subestimado. Sin embargo los pacientes siguen presentándose en nuestras consultas solicitando alivio a su sufrimiento, generalmente crónico. La incertidumbre del propio médico, incapaz de identificar el proceso de su paciente no produce más que un caos terapéutico y frustración de médicos y enfermos.

Los investigadores que creen en la cefalea cervicogénica han avanzado más que aquellos que la denostan y lejos de disiparse en el olvido, como tantos otros síndromes que no han prosperado, la implantación del concepto ha sido lenta pero sólida. En una primera etapa se aceptaron 3 conceptos operativos: 1. Cefalea originada en el cuello de la *International Headache Society* (IHS) (8); cefalea cervicogénica –introducido por Sjaastad– y aceptado por la *International Association for the Study of Pain* (IASP) (9), y neuralgia occipital, aceptado tanto por la IHS como por la IASP. La nueva clasificación de la IHS por fin acoge el término “cefalea cervicogénica” (10).

La cefalea cervicogénica es un síndrome. El término fue introducido por primera vez en 1983 por Sjaastad y cols. para describir una cefalea cuyas características principales eran la unilateralidad y los síntomas indicativos de afectación cervical (11). La cefalea cervicogénica es una vía final o un patrón de reacción frente a los estímulos nociceptivos generados en una o varias estructuras del cuello, inervadas por nervios cervicales, incluyendo discos intervertebrales, articulaciones interapofisarias, nervios, inserciones musculares, etc. (12-14). Este modelo conceptual acepta la posibilidad de mecanismos multifactoriales y etiologías diversas.

## 1. INTRODUCCIÓN

Aunque siempre se ha considerado que el cuello puede ser origen de dolor de cabeza, y que muchas cefaleas pueden extenderse hasta el cuello, nunca se ha consolidado un concepto unitario y claro de cefalea de origen cervical. Por el contrario la controversia y la confusión han dominado el panorama clínico.

Diversos apelativos como “síndrome simpático cervical posterior” (1), “migraña cervical” (2,3)

## 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La cefalea cervicogénica es probablemente la tercera más prevalente por detrás de la cefalea tensional y la migraña. La cefalea cervicogénica es más frecuente en mujeres y es, generalmente, estrictamente unilateral, aunque puede configurarse como bilateral, cuando el proceso se duplica (unilateral en los dos lados). El dolor máximo se percibe en la región occipital, pero la zona frontal también está generalmente afectada. El dolor es de intensidad moderada-severa y

de carácter monótono o constante, profundo y pesado. Raramente el dolor se acompaña de náuseas y fotoaudiofobia. El patrón temporal de la sintomatología es remitente o crónico. El dolor crónico –generalmente con fluctuaciones– se observa habitualmente en fases avanzadas, mientras el patrón remitente, episódico, es característico de los estadios precoces (15,16). Los síntomas y signos vegetativos, presentes en otros tipos de cefaleas, como náuseas, vómitos, fono y fotofobia suelen estar ausentes, y, si se presentan, aparecen con menor intensidad (12-18).

Los signos y síntomas que apuntan a la afectación cervical son constantes y característicos del síndrome (12,14-16):

–El dolor puede irradiarse hacia el cuello y homogeneamente, p. ej. sin topografía radicular, por la extremidad superior ipsilateral.

–Muchos pacientes tienen antecedentes de traumatismo cervical directo o indirecto (p. ej. aceleración-deceleración cervical –Whiplash–) previo al inicio de los síntomas.

–La cefalea puede provocarse por la movilización cervical, especialmente por la hiperextensión mantenida del cuello. El dolor también puede precipitarse por la manipulación cervical, en particular la presión sobre el área nugal u occipital del lado sintomático o sobre las inserciones tendinosas de la región occipital, a lo largo del trayecto del nervio occipital mayor, cara posterior de la apófisis mastoideas o sobre la porción superior del músculo esternocleidomastoideo.

–El examen físico revela casi siempre una limitación de la motilidad cervical hacia el lado sintomático.

–Por último, la infiltración anestésica de estructuras verosímilmente responsables del dolor yugular transitoriamente los síntomas. El protocolo puede incluir una serie de infiltraciones seriadas –o combinadas– de nervio occipital mayor, nervio occipital menor, raíz C2 o raíces más bajas, articulaciones interapofisarias o discos intervertebrales. En este último caso la discografía provocadora precede a la infiltración anestésica. En efecto cuando se sospecha que un determinado disco es el origen del síndrome, pueden reproducirse los síntomas mediante la inyección de contraste (iopamidol) intradiscal. Este procedimiento puede provocar dolor consistente con las molestias del paciente que será posteriormente yugulado por la anestesia local intradiscal.

### 3. PATOGENIA

La cefalea cervicogénica se refiere al dolor percibido en la cabeza y con un origen nociceptivo prima-

rio en los tejidos del cuello. El modelo patogénico está basado en el concepto de Kerr que demuestra una interacción entre aferencias sensoriales trigeminales y cervicales a nivel del núcleo trigeminoespinal. La convergencia de impulsos explicaría la referencia del dolor a la región anterior de la cabeza (17).

Conceptualmente, la dirección de proceso es desde el cuello hacia la cabeza percibiéndose el máximo dolor en la región occipital, pero también se afecta la región oculofrontotemporal pudiendo llegar a ser el dolor de mayor intensidad que en la región occipital (12-14). En otras palabras la cefalea cervicogénica suele manifestarse como dolor hemicraneal.

### 4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la cefalea cervicogénica se basa principalmente en la clínica compatible y los signos de la exploración física y debe ser confirmado por la desaparición o disminución transitoria de la sintomatología tras el bloqueo anestésico apropiado. En 1990 Sjaastad, Fredriksen y Pfaffenrath publicaron los criterios diagnósticos (Tabla I) (12) que fueron revisados en 1998 (Tabla II) (14). Debe considerarse que la patología cervical traumática, tumoral, degenerativa o inflamatoria puede producir dolor cervical pero el cuadro clínico no incluye –en principio– cefalea. Por último, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que un mismo paciente sufra dos procesos coexistentes pero independientes: cefalea + cervicalgia.

**TABLA I. CEFALIA CERVICOGÉNICA. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (12)**

#### I. *Síntomas y signos de compromiso cervical:*

–Precipitación del dolor de cabeza:

\*Mediante movimientos del cuello y/o determinada postura mantenida del cuello, y/o:

\*Mediante presión externa sobre la columna cervical alta o región occipital en el lado sintomático.

–Restricción de la movilidad cervical.

–Dolor en cuello o miembro superior ipsilateral.

#### II. *Confirmación mediante el bloqueo anestésico positivo*

#### III. *Unilateralidad de la cefalea sin cambio de lado*

El punto II es obligatorio, no siéndolo así el punto III, ya que se acepta la bilateralidad (con dolor predominante en un lado) o la unilateralidad doble.

**TABLA II.** CEFALEA CERVICOGÉNICA. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS REVISADOS (14)

*Síntomas y signos mayores*

- I. Unilateralidad sin cambio de lado
- II.a.1. Dolor de las mismas características precipitado mediante movimientos del cuello y/o determinada postura mantenida del cuello
- II.a.2. Dolor de similar distribución y características al espontáneo mediante presión externa sobre región occipital o columna cervical alta (C2-C3) en el lado sintomático
- II.b. Dolor en cuello o miembro superior ipsilateral no radicular
- II.c. Restricción de la movilidad cervical

*Características del dolor*

- III. Ausencia de patrón temporal en “clusters”
- IV. Episodios de dolor de duración variable o continuo fluctuante.
- V. Dolor moderado, habitualmente de carácter continuo
- VI. Dolor desde el cuello percibiéndose el máximo dolor en la región occipital pero frecuentemente extendido a la región oculofrontotemporal

*Otros criterios importantes*

- VII. Bloqueos anestésicos del nervio occipital mayor o raíz C2
- VIII. Sexo femenino
- IX. Historia de traumatismo cervical (incluido *whiplash*)

*Síntomas y signos menores, no obligatorios y menos frecuentes*

- X. Náuseas, vómitos, edema palpebral ipsilateral y, menos frecuentemente, enrojecimiento, principalmente en el área periocular
- XI. Vértigo
- XII. Fono y fotofobia
- XIII. Visión borrosa ipsilateral
- XIV. Disfagia

**4.1. Exploraciones complementarias**

Las pruebas de imagen y neurofisiológicas tienen como objetivo identificar un “factor cervical” responsable de los síntomas y signos. Sin embargo, las exploraciones complementarias son, en general, negativas, y no permiten identificar anomalías anatómicas ni funcionales relacionadas con el proceso. La

radiografía simple de columna cervical no es un método sensible para el diagnóstico porque no se han encontrado alteraciones radiológicas específicas (18-22). Sin embargo, la radiografía funcional puede revelar hipo o hiper movilidad en un determinado segmento de la columna cervical que puede sugerir el nivel de la patología. La RMN de columna cervical debe realizarse para descartar lesiones estructurales intrarraquídeas.

**4.2. Bloqueos anestésicos**

La infiltración anestésica local tiene como objetivo primario identificar la fuente del dolor y secundariamente predecir el éxito del procedimiento terapéutico que actuará sobre esas estructuras sospechosas de la ignición del dolor (21). Para evitar errores, los bloqueos deben repetirse y contrastarse con infiltraciones placebo con suero salino, y aún, utilizar anestésicos de larga y corta duración para verificar la consistencia de la respuesta. En la cefalea cervicogénica el bloqueo anestésico en la diana apropiada propicia la abolición transitoria del dolor en la región occipital y frontal. La extensión del beneficio a territorios (frontal) no dependientes del nervio anestesiado fortalece el diagnóstico. Los bloqueos diagnósticos deben efectuarse en los nervios raíces o estructuras sospechosas de causar o mediar el dolor. Las dianas habituales son el nervio occipital mayor, el nervio occipital menor, la raíz C2 (y otras), las facetas articulares de las vertebrales cervicales, y los discos intervertebrales.

En el caso de sospecha de origen del dolor en los discos intervertebrales se lleva a cabo la discografía provocadora consistente en la inyección de contraste intradiscal que reproduciría la cefalea e inmediatamente la inyección de anestesia intradiscal que aliviaría la sintomatología (discografía aliviadora) confirmándose doblemente el origen del dolor (22).

**4.3. Estimación de la motilidad cervical**

En cuanto a la movilidad de la columna cervical hay disponibles diferentes técnicas para medir el balance articular (23), desde las más simples como el inclinómetro o el goniómetro, hasta las más sofisticadas basadas en análisis tridimensionales informáticos. Sin embargo, la estimación visual de la amplitud del movimiento cervical puede ser suficiente en la práctica clínica.

#### 4.4. Respuesta farmacológica

La ausencia de respuesta a indometacina y sumatriptán, Indotest y Triptanest respectivamente, puede tener consecuencias diagnósticas importantes. Determinadas cefaleas unilaterales como la hemicrania continua y la hemicrania paroxística crónica responden de forma absoluta a indometacina (24-26). Por otra parte el sumatriptán es muy eficaz para abortar los ataques de migraña y la cefalea en racimos. Se ha demostrado que la cefalea cervicogénica no responde ni a uno ni a otro fármaco.

### 5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La localización y la irradiación del dolor, el patrón temporal y los precipitantes mecánicos del ataque son aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de diferenciar la cefalea cervicogénica de otros procesos.

El diagnóstico diferencial de la cefalea cervicogénica debe incluir cefaleas unilaterales de larga duración con características de participación cervical. En principio las cefaleas unilaterales, el dolor cervical y la cefalea precipitada por maniobras cervicales, deben tenerse en cuenta. La migraña sin aura, la cefalea tensional y la hemicrania continua son las que plantean los mayores problemas, ya que pueden compartir criterios diagnósticos de la *International Headache Society* (IHS) (10,27) por lo que hay que tener en cuenta otras características a la hora de su diferenciación.

#### 5.1. Cefalea tensional

Es el tipo de cefalea más frecuente. El dolor es holocraneal o de predominio occipital y solo raramente puede ser unilateral, al contrario que la cefalea cervicogénica, que es unilateral, pero puede ser bilateral con predominio del lado afecto. El dolor es de carácter opresivo y sigue un curso clínico episódico o crónico con dolor diario en los periodos sintomáticos. Aunque puede extenderse al cuello y hombros no presenta restricción del movimiento cervical ni desencadenantes cervicales (28). Por otra parte, la anestesia del nervio occipital mayor provocará abolición del dolor en el área anestesiada pero no wugulará la cefalea (21).

#### 5.2. Hemicrania continua

Presenta dos características distintivas: cefalea estrictamente unilateral y respuesta absoluta a indome-

tacina. Durante las exacerbaciones, el dolor puede acompañarse de síntomas vegetativos locales como inyección conjuntival, lagrimeo, rinorrea y ptosis parpebral, en cualquier caso poco intensos. Para diferenciarla de la cefalea cervicogénica es suficiente la respuesta a indometacina, la falta de participación cervical y la ausencia de factores precipitantes (24-26).

#### 5.3. Migraña

En la cefalea cervicogénica el dolor comienza en el cuello y se extiende hacia la parte anterior de la cabeza mientras que la mayor parte de los migrañosos refieren el dolor en la parte anterior de la cabeza. En la migraña puede existir dolor y contractura muscular cervical pero no se modifica la movilidad cervical, incluso en los ataques, ni hay puntos cervicales desencadenantes de la cefalea (28). Algunos migrañosos sí podrían tener un proceso con limitación de la movilidad cervical y sensibilidad a la manipulación o presión en cuello (proceso cervicogénico) pero sin sufrir una cefalea cervicogénica genuina: precisamente estos pacientes con migraña y proceso cervicogénico son los que plantean más dudas. El dolor en la cefalea cervicogénica es continuo y en la migraña suele ser pulsátil, y esta última no responde a los bloqueos anestésicos del nervio occipital mayor o raíz C2 (21).

#### 5.4. Síndrome cuello-lengua

Se caracteriza por la presencia de dolor paroxístico breve (segundos-minutos) en la parte superior del cuello y/o occipucio, asociado a parestesias en el lado ipsilateral de la lengua. La sintomatología es típicamente precipitada por el giro brusco de la cabeza (29). La topografía de los síntomas corresponde al territorio inervado por el nervio lingual y la segunda raíz cervical. Las convergencia de fibras del nervio lingual, hipogloso y de la raíz C2 explican la ocurrencia simultánea de síntomas cervicales y linguales (30).

#### 5.5. Neuralgia occipital

De acuerdo con el concepto de neuralgia (dolor en el territorio de un nervio o raíz), la neuralgia occipital consiste en la percepción de dolor en el territorio de los nervios occipitales (occipital mayor, occipital menor y tercer occipital) (31,32), sin interesar terri-

torios, como la región frontal, inervados por otros nervios (supraorbitario y supratrocLEAR). Además del concepto topográfico, otros síntomas pueden ayudar a distinguir la neuralgia occipital de la cefalea cervicogénica: presencia de signos y síntomas de disfunción sensitiva (parestesias, hipoestesia) occipital, hipersensibilidad por palpación de los nervios occipitales y exacerbaciones lancinantes y breves.

### 5.6. Distonía craneocervical

Las distonías focales de la cara y el cuello incluyen: distonía faríngea, tortícolis espasmódico, distonía mandibular y distonía lingual (33). Las distonías focales son en general indoloras a excepción del tortícolis espasmódico. El dolor distónico es aparentemente causado por contracción muscular excesiva y persistente. La observación de las posturas distónicas y la demostración EMG de la contracción mantenida y sincrona de músculos agonistas y antagonistas son argumentos diagnósticos decisivos.

### 5.7. Tendinitis retrofaríngea

Esta alteración consiste en la presencia de dolor constante en la parte posterior del cuello, con irradiación a la región posterior de la cabeza, y eventualmente, a toda la cabeza. El dolor puede ser unilateral o bilateral, y es claramente exacerbado por la retroflexión o rotación del cuello y por la deglución (34,35). Puede existir hipersensibilidad por palpación de las apófisis espinosas transversas de las vértebras cervicales superiores. El diagnóstico es confirmado por la demostración de hinchazón (> 7 mm en adultos) de los tejidos blandos prevertebrales (C1-C4) (36,37) y la recuperación completa tras 15 días de tratamiento con AINE.

### 5.8. Disección carotídea

Puede ocurrir espontáneamente, tras ejercicio vigoroso o tras un trauma cervical. La cefalea se inicia de forma abrupta, suele ser unilateral y localizada en la región cervical, aunque suele extenderse a región facial y frontal ipsilaterales (38). Un signo de Horner del lado sintomático es altamente sugestivo del síndrome. La sintomatología puede durar desde 1 hora a 30 días. Las exploraciones complementarias con RNM, eco-doppler TSA o angiografía TSA son obligatorias y claves en el diagnóstico.

### 5.9. Hemicrania paroxística crónica (HPC)

Una minoría (12%) de pacientes afectados de HPC pueden sufrir ataques precipitados por movimientos del cuello o palpación de determinadas zonas cervicales (39,40). Por otra parte, los ataques de HPC son atroces en intensidad, breves, y se acompañan de una combinación variable de signos vegetativos oculofaciales como inyección conjuntival, lagrimeo, rinorrea/taponamiento nasal, y ptosis del lado sintomático. La respuesta absoluta a la indometacina es por otra parte un criterio diagnóstico de la HPC.

### 5.10. Neuralgia supraorbitaria

Esta entidad se caracteriza por dolor en la frente (en el territorio inervado por el nervio supraorbitario) con hipersensibilidad en la emergencia (escotadura supraorbitaria) o trayecto del nervio, con abolición absoluta y transitoria de los síntomas mediante anestesia local del nervio (41,42). El dolor suele tener un patrón temporal crónico.

### 5.11. Dolor facial atípico (10)

Es un síndrome predominante en la mujer. El dolor es localizado en la región facial, y unilateral, al menos al inicio de los síntomas. Puede existir extensión del dolor a la región cervical y hemicraneal ipsilaterales. Puede demostrarse hipersensibilidad sobre la musculatura masticatoria. Aunque existen frecuentemente estigmas de ansiedad y depresión es incierto si los síntomas psíquicos son primarios o reactivos.

### 5.12. Cefalea postraumática

Aunque la relación entre el trauma craneal y/o cervical y el inicio de una cefalea es difícil de establecer, los pacientes frecuentemente incluyen la cefalea entre los síntomas constituyentes del síndrome postraumático: dificultades de concentración y atención, insomnio, amnesia, labilidad emocional, irritabilidad, fatiga, desequilibrio, mareo, etc., que se presentan en diferentes combinaciones (10).

El síndrome del "latigazo" cervical (*Whiplash syndrome*) podría ser considerado como una variante del síndrome postraumático. Consiste en dolor cervical y otros signos y síntomas del síndrome postraumático, causados por un movimiento brusco de hiperextensión cervical, generalmente por accidente de automóvil (43).

Una mezcla de factores orgánicos, emocionales y sociales parecen responsables de los síntomas tras un traumatismo craneal o cervical. Algunos autores consideran que la expectación de una compensación económica, tras accidente laboral o automovilístico, puede conducir a los pacientes (de forma consciente o inconsciente) a prolongar los síntomas hasta recibir una indemnización satisfactoria o una decisión judicial favorable (43). En este contexto, es interesante destacar que en países donde no existía seguro del automóvil, el síndrome Whiplash prácticamente no existe (43).

### 5.13. Cefalea disautonómica postraumática

Este síndrome es raro y se caracteriza por una cefalea unilateral similar a la migraña pero con evidencias de hipofunción simpática interictal y midriasis e hinchazón facial durante los ataques de dolor (44). Todos los pacientes describen haber padecido un traumatismo cervical previo al inicio de los síntomas. Este trauma pudo lesionar la cadena simpática cervical y ocasionar los llamativos signos de disfunción vegetativa.

## 6. PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

En la cefalea cervicogénica el diagnóstico y el tratamiento van estrechamente unidos. Por una parte sólo puede reconocerse la entidad clínica demostrando el origen cervical del dolor. Por otra, sin un diagnóstico topográfico preciso, se pierde la oportunidad de una terapéutica eficaz, por consiguiente unos mínimos diagnósticos son exigibles (Tabla III). No obstante, debe considerarse que aunque se realice una aproximación topográfica del origen del proceso, la anomalía funcional subyacente es desconocida.

En los primeros estadios de la cefalea cervicogénica, cuando los síntomas son episódicos o remitentes, el tratamiento puede ser conservador con AINE, amitriptilina, o terapia física. Los analgésicos deben racionalizarse al máximo en una cefalea como esta tan proclive a evolucionar a un estadio crónico.

Las intervenciones sobre estructuras nerviosas cervicales con procedimientos radicales como la descompresión quirúrgica, neurectomía de nervios cervicales, rizotomía o ganglionectomías ofrecen resultados inferiores a los que proporciona la denervación por radiofrecuencia de esas mismas –y otras– estructuras. Actualmente la propuesta de denervación por radiofrecuencia de los te-

**TABLA III. CEFALEA CERVICOGÉNICA. REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS MÍNIMOS (14)**

#### *Cefalea cervicogénica cierta*

Precipitación de los ataques por determinados movimientos o manipulaciones cervicales  
Bloqueo anestésico positivo  
Unilateralidad de los síntomas, sin cambios de lado

#### *Cefalea cervicogénica probable*

Motilidad cervical limitada  
Dolor en hombro y/o extremidad superior ipsilateral  
Bloqueo anestésico positivo  
Unilateralidad de los síntomas sin cambios de lado

jididos donde se supone se origina el dolor, es un método terapéutico que ofrece una razonable posibilidad de alivio duradero. Dado que la radiofrecuencia es un procedimiento invasivo (*minor*), el diagnóstico debe estar muy bien asentado porque la predicción de éxito del procedimiento es exigible.

Si las medidas conservadoras fallan y si no se ha identificado una causa sobre la que actuar quirúrgicamente, las lesiones por radiofrecuencia pueden ser útiles para tratar la cefalea cervicogénica. El concepto multifactorial del síndrome admite que el dolor puede originarse en varias estructuras incluyendo las articulaciones interapofisarias, los discos, los nervios, las inserciones musculares, etc. Una vez identificada y confirmada la zona o estructura que tras ser bloqueada alivia por completo la sintomatología, puede programarse un procedimiento definitivo para liquidar el dolor. En esencia, la técnica consiste en reducir el contingente nociceptivo proveniente de las estructuras cervicales putativamente responsables del dolor.

Las lesiones por radiofrecuencia son lesiones térmicas. El calor es generado por una corriente de radiofrecuencia que se comunica a un electrodo termistor que se coloca en posición, a veces con ayuda de radioscopia.

Las técnicas de radiofrecuencia se han desarrollado para disminuir más que abolir la aferencia nociceptiva. No se produce por tanto pérdida sensorial tras este procedimiento y ello previene las desagradables secuelas de desaferentización. Puesto que las dianas terapéuticas pueden ser múltiples, previamente debe haberse analizado el patrón nociceptivo por bloqueos anestésicos y discografía provocadora.

La neuroestimulación selectiva del nervio occipital mayor del lado sintomático ha dado resultados prometedores en algunos pacientes. En casos bilaterales es más útil el tratamiento por neuroestimulación de los cordones posteriores.

**CORRESPONDENCIA:**

Juan A. Pareja  
 Servicio de Neurología  
 Fundación Hospital Alcorcón  
 Budapest, 1  
 28922 Alcorcón. Madrid

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Barré M. Sur un syndrome symptahique cervical postérieur et sa cause fréquente: la arthrite cervicale. *Rev Nevrol (Paris)* 1926; 33: 1246-8.
2. Bärtschi-Rochaix W. Le diagnostic de l'encephalopathie posttraumatique d'origine cervicale ("migraine cervicale"). *Praxis* 1948; 37: 673-7.
3. Dutton CB, Riley LH. Cervical migraine. Not merely a pain in the neck. *Am J Med* 1969; 47: 141-8.
4. Schultz D. Occipital neuralgia. *J Am Osteopath Assoc* 1977; 76: 335-43.
5. Blume H, Ungar-Sargon J. Neurosurgical treatment of persistent occipital myalgia-neuralgia syndrome. *J Craniomand Pract* 1986; 4: 65-73.
6. Maigne R. Un signe évocateur et inattendu de céphalée cervicale: "La douleur au pincé-roulé du sourcil". *Annales de Médecine Physique* 1976; 19: 416-34.
7. Sjaastad O, Fredriksen TA, Stolt Nielsen A. Cervicogenic headache, C2 rhizopathy, and occipital neuralgia: A connection? *Cephalalgia* 1986; 6: 189-95.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. 1st ed. *Cephalalgia* 1988; 8 (Supl. 7): 1-96.
9. International Association for the Study of Pain. Task Force on Taxonomy. In: Merskey H, Bogduk N, eds. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle Press 1994; 1-224.
10. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. *Cephalalgia* 2004; 24 (Supl. 1): 9-160.
11. Sjaastad O, Saunte C, Hovdahl H, et al. "Cervicogenic" headache. An hypothesis. *Cephalalgia* 1983; 3: 249-56.
12. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. *Headache* 1990; 30: 725-6.
13. Sjaastad O, Salvesen R, Jansen J, Fredriksen TA. Cervicogenic headache a critical view on pathogenesis. *Funct Neurol* 1998; 13: 71-4.
14. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. *Headache* 1998; 38: 442-5.
15. Pareja JA. Cervicogenic headache: differential diagnosis. EHF. London: Smith-Gordon, 2003.
16. Antonaci F, Ghirmai S, Bono G, et al. Cervicogenic headache: evaluation of the original diagnostic criteria. *Cephalalgia* 2001; 21: 573-83.
17. Piovesan EJ, Kowacs PA, Tatsui CE, et al. Referred pain after painful stimulation of the greater occipital nerve in humans: evidence of cervical afferences on trigeminal nuclei. *Cephalalgia* 2001; 21: 107-9.
18. Pfaffenrath V, Danchekar R, Pollmann W. Cervicogenic headache- the clinical picture, radiological findings and hypotheses on its pathophysiology. *Headache* 1987; 27: 445-59.
19. Antonaci F, Ghirmai S, Bono G, Sandrini G, Nappi G. Cervicogenic headache. Diagnostic criteria. EHF. London: Smith-Gordon, 2003.
20. Fredriksen TA, Fougner R, Tangeraud A, Sjaastad O. Cervicogenic headache: Radiological investigation concerning head/ neck. *Cephalalgia* 1989; 9: 139-46.
21. Bovim G, Sand T. Cervicogenic headache, migraine without aura and tension-type headache. Diagnostic blockade of greater occipital and supra-orbital nerves. *Pain* 1992; 51: 43-8.
22. Bogduk N, Aprill C. On the nature of neck pain, discography and cervical zygapophysial joint blocks. *Pain* 1993; 54: 213-7.
23. Antonaci F, Ghirmai S, Bono G, Nappi G. Current methods for cervical spine movement evaluation: a review. *Clin Exp Rheumatol* 2000; 18 (Supl. 19): 45-52.
24. Bordini C, Antonaci F, Stovner LJ, et al. "Hemicrania continua": a clinical review. *Headache* 1991; 31: 20-6.
25. Sjaastad O, Spiering ELH. "Hemicrania continua". Another headache absolutely responsive to indometacin. *Cephalalgia* 1984; 4: 65-70.
26. Pareja JA, Antonaci F, Vincent MB. The hemicrania continua diagnosis. *Cephalalgia* 2001; 21: 940-6.
27. Antonaci F, Sjaastad O. Chronic paroxysmal hemicrania. A review of the clinical manifestations. *Headache* 1989; 29: 648-56.
28. Vincent M, Luna R. Cervicogenic headache: a comparison with migraine and tension-type headache. *Cephalalgia* 1999; 19 (S 25): 11-6.
29. Lance JW, Anthony M. Neck-tongue syndrome on sudden turning of the head. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1980; 43: 97-101.
30. Bogduk N. An anatomical explanation for the neck-tongue syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1981; 44: 202-8.
31. Bogduk N. Greater occipital neuralgia. In: Long DM, ed. *Current Therapy in Neurological Surgery*. Toronto, Philadelphia: BC Decker Inc, 1985. p. 175-80.
32. Hammond SR, Danta A. Occipital neuralgia. *Clin Exp Neurol* 1978; 15: 258-70.
33. Markham CH. The dystonias. *Curr Opin Neurol Neurosurg* 1992; 5: 301-7.



34. Weinberg S, Scott RA. Retropharyngeal tendinitis. *Laryngoscope* 1982; 92: 181-2.
35. Fahlgreen H. Retropharyngeal tendinitis. *Cephalalgia* 1986; 6: 169-74.
36. Artenian DJ, Lipman JK, Scidmore GK, Brant-Zawadzki M. Acute neck pain due to tendonitis of the longus colli: CT and MRI findings. *Neuroradiology* 1989; 31: 166-9.
37. Ekbohm K, Torhall J, Anell K, Traff J. Magnetic resonance imaging in retropharyngeal tendinitis. *Cephalalgia* 1994; 14: 266-9.
38. Biousse V, D'Anglejan-Chatillon J, Touboul PJ, Amarenco P, Bousser MG. Time course of symptoms in extracranial carotid artery dissections. A series of 80 patients. *Stroke* 1995; 26: 235-9.
39. Sjaastad O, Egge K, Horven I, Kaye K, Lund-Roland L, Russell D, et al. Chronic paroxysmal hemi-crania. V. Mechanical precipitation of attacks. *Headache* 1979; 19: 31-6.
40. Sjaastad O, Russell D, Saunte C, Horven I. Chronic paroxysmal hemicrania. VI. Precipitation of attacks. Further studies on the precipitation mechanism. *Cephalalgia* 1982; 2: 211-4.
41. Sjaastad O, Stolt-Nielsen A, Pareja JA, Vincent M. Supra-orbital neuralgia. The clinical manifestations and a possible therapeutic approach. *Headache* 1999; 39: 204-12.
42. Caminero AB, Pareja JA. Supraorbital neuralgia. A clinical study. *Cephalalgia* 2001; 21: 216-23.
43. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, Surkiene D, Mickeviciene D, Miseviciene I, et al. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. *Lancet* 1996; 347: 1207-11.
44. Vijayan N, Dreyfus PM. Post-traumatic dysautonomic cephalgia. *Arch Neurol* 1975; 32: 649-52.