

# “THUNDERCLAP HEADACHE” “CEFALEA EN ESTALLIDO”

Dr. Lucas Bonamico

SECCIÓN DE DOLOR. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES NEUROLÓGICAS DR. RAÚL CARREA. FLENI.

## INTRODUCCION:

“Thunderclap headache” es un término acuñado por Day y Raskin en 1986 (\*1), refiriéndose a una cefalea brusca en estallido, ocurrida en una paciente cuya tomografía computada y examen de líquido cefalorraquídeo fueron normales. Días después, tras otro episodio similar, una angiografía demostró la presencia de un aneurisma que no había sangrado. Estos autores recomendaron entonces que ante casos similares debe efectuarse siempre una angiografía para descartar esa posibilidad.

En subsiguientes comunicaciones, otros autores (2, 3, 4) con series de varios casos, estimaron que pacientes con cefalea súbita y cuyos exámenes de tomografía y LCR eran normales, evolucionaban favorablemente en los seguimientos y que consideraban esta entidad como una cefalea de pronóstico benigno sin necesidad de realizar un procedimiento invasivo como angiografía por cateterismo.

Esta controversia aún continúa en la mayoría de los ámbitos neurológico-neuroquirúrgicos.

Más allá de la posible omisión de un aneurisma, resulta interesante especular sobre la posible causa de una cefalea brusca e intensa si no media un evento vascular hemorrágico.

## PACIENTES Y METODOS:

Definimos al “Thunderclap headache” como una cefalea en estallido, de instalación brusca, indistinguible de un episodio de hemorragia subaracnoidea con tomografía computada y examen de LCR normales.

Describiremos los hallazgos clínicos más relevantes en una serie consecutiva de 12 pacientes que ingresaron con dicho diagnóstico a FLENI en el transcurso de 30 meses (Tablas 1 y 2).

Ocho mujeres y cuatro hombres de entre 26 y 68 años fueron sorprendidos por una cefalea de

Tabla 1

CASO	EDAD	SEXO	CEFALEAS PREVIAS	EPISODIOS RECURRENTES	CEFALEA RESIDUAL	TAC	PL
1	26	M	NO	1	SI	N	N
2	47	F	NO	3	SI	N	N
3	37	M	NO	-	SI	N	N
4	49	F	Migraña	-	SI	N	N
5	40	F	Migraña	2	SI	N	N
6	39	F	Tensional Episódica	-	SI	N	N
7	68	F	NO	-	SI	N	N
8	59	M	Tensional Crónica	-	NO	N	N
9	32	F	NO	-	SI	N	N
10	40	F	Tensional Episódica	-	SI	N	N
11	43	F	NO	1	NO	N	N
12	43	M	NO	-	NO	N	N

Tabla 2

COMIENZO Y ACTIVIDAD	MANIOBRAS VALSALVA	ANGIOGRAFÍA
1 Segundos Reposo	SI	Normal
2 Minutos Act. Normal	SI	Normal
3 Segundos Act. Normal	SI	(MRI) Normal
4 Segundos Esfuerzo	NO	(MRI) Normal
5 Minutos Esfuerzo	SI	Normal
6 Segundos Act. Normal	NO	-
7 Segundos Reposo	NO	-
8 Segundos Esfuerzo	SI	(MRI) Normal
9 Segundos Reposo	NO	(MRI) Normal
10 Segundos Act. Normal	SI	-
11 Segundos Reposo	SI	Vasoespasm arteria basilar
12 Segundos Esfuerzo	NO	-

inusitada violencia durante el reposo o actividad normal, y en algunos pocos casos durante un esfuerzo mínimo. No presentaban anomalías focales al examen neurológico ni tenían signos meníngeos. En algunos casos, náuseas y vómitos estaban presentes.

La cefalea persistió con alta intensidad por minutos u horas con un descenso gradual. En ocasiones quedó un dolor residual por varios días o semanas.

Las tomografías computadas sin contraste EV fueron normales así como los exámenes del LCR.

En 4 casos fueron efectuadas angiografías convencionales y en otros 4 resonancia nuclear magnética, hallándose en un paciente solamente indicios de vasoespasm en el territorio de la arteria basilar cuya repetición posterior resultó normal a los 30 días.

En 5 pacientes sobre 12 hubo antecedentes de cefaleas previas, 3 migrañas sin aura y 2 tensionales pero no dudaron en referir a estos episodios como absolutamente diferentes de sus cefaleas habituales. Finalmente, en 3 casos hubo episodios recurrentes en el seguimiento a largo plazo, sin nuevas evidencias de organicidad.

En 7 de 12 pacientes las maniobras de Valsalva y bajar la cabeza aumentaban el dolor residual en las horas subsiguientes al episodio.

#### DISCUSION:

Una vez descartada una hemorragia subaracnoidea, diferentes autores reportaron distintos hallazgos: Slivka (5), comunicó vasoespasm segmentario en 4 casos con angiografía en porciones de mediano calibre en arterias intracraneanas, que revirtieron al poco tiempo. En tres de los casos hubo déficit neurológico transito-

rio. Call (6), reporta un posible patrón de vasculitis en similares pacientes con vasoespasmo segmentario. De Bruijn y col. (7), notan que un grupo de pacientes con trombosis venosa del sistema nervioso central, pueden comenzar el cuadro con una cefalea de rápido inicio como manifestación clínica más importante.

Harling y col. (8), especulan sobre una variante agresiva de la migraña, a propósito de un caso con antecedentes migrañosos pero en nuestra serie, muchos de los pacientes no poseen historia de cefaleas previas.

Pascual y col. (9) describen 12 casos de cefalea de inicio brusco con diagnóstico final de neuralgia occipital. Una reciente comunicación de Treib y col. (10), habla de una posible conexión de pacientes con intensa cefalea y un virus endémico (Erve virus) en un área rural francesa, en donde 10 de 72 pacientes con cefalea brusca presentaron anticuerpos para este virus (13.9%). Finalmente, Dodick y cols. (11), presentan un caso de apoplejía pituitaria que inicia el cuadro con cefalea en estallido y TAC interpretada como normal, pero al agregarse ptosis y diplopía una resonancia nuclear magnética cerebral revela la presencia de una masa sellar con hemorragia.

En ninguna de las series se discute (salvo otras etiologías), cuál es la naturaleza de un dolor de violenta aparición, si no se trata de una hemorragia subaracnoidea.

Podría especularse con un brusco desbalance de presiones en el LCR entre zona lumbar y cisternal, causando un cuadro similar a la cefalea por hipotensión intracraneana, basándonos en

el hecho que muchos de los casos empeoran con maniobras de Valsalva o en posición supina. La cefalea del coito y el ejercicio son otras entidades catalogadas como "benignas" y de brusco inicio que pueden asemejarse al "thunderclap headache". También carecen de fisiopatología conocida hasta el momento y en ocasiones obligan a investigar patología orgánica subyacente.

La hipótesis de vasculitis primaria del SNC, según los autores aquí citados (5) ebería acompañarse de signos focales, o deterioro del sensorio, elementos no observados en nuestra serie.

#### CONCLUSION:

El "Thunderclap Headache" o "Cefalea en estallido" podría constituir una situación de emergencia, debiéndose descartar en primera instancia una hemorragia subaracnoidea. Una vez satisfecho este paso, cabe preguntarse, si se trata de una cefalea con identidad propia o es la forma de presentación de otros múltiples trastornos del sistema nervioso central.

En nuestra serie de pacientes, no hubo indicios de lesiones estructurales del SNC, lo cual pareciera sostener las hipótesis de benignidad de esta cefalea (5-12), pero de todos modos mayores estudios en series prospectivas con angiografías (por resonancia o convencionales), reactividad vascular (doppler transcraneano), dinámica del LCR, podrían arrojar datos útiles para poder categorizar a esta cefalea con mayor precisión.

#### REFERENCIAS

1. Day JW, Raskin N. Thunderclap Headache: Symptom of unruptured cerebral aneurism. *Lancet* nov: 1247-48.1986.
2. Marcus H.: A prospective follow up of Thunderclap Headache. *Journal of Neuros Neurol and Psych.*(54):1117-25, 1991.
3. Abbot RJ, Van der Hille P: Thunderclap Headache and unruptured aneurism.*Lancet*, Dec. 20: 1459, 1986.
4. Wijdicks EFM, Kerkhoff H, Van Gijn J.: Long term follow up of 71 patients with Thunderclap Headache mimicking subarachnoid haemorrhage. *Lancet* (9):87-90, 1988.
5. Slivka A: Clinical and angiographic findings of Thunderclap Headache. *Headache* (35): 1-6, 1995.
6. Call GK et al.: Reversible cerebral segmental vasoconstriction. *Stroke*(19):1159-1170, 1988.

7. De Bruijn SF, Stam J, Kapelle LJ: Thunderclap headache as the first symptom of cerebral venous sinus thrombosis. *Lancet* (348):1623-1625, 1997.
8. Harling DW, Peatfield RC, van Hille PT. Thunderclap headache: Is it migraine? *Cephalalgia* (9):87-90,1989.
9. Pascual Leone A. Occipital Neuralgia: Another benign cause of "Thunderclap headache". *Journal of Neurol Neuros and Psych* (55): 411, 1992.
10. Treib J, Dobler G, et al. Thunderclap headache caused by Erve virus?. *Neurology* (50):509-511, 1998.
11. Dodick W, Wijdicks E. Pituitary apoplexy presenting as a thunderclap headache. *Neurology* (50): 1510-1511,1998.
12. Bonamico I, Piedimonte F. "Thunderclap headache": What is it if not sbarachnoid haemorrhage?. *Cephalalgia* (17) Suppl 3: 308, 01-G-22, 1997.