

## El grupo de Medicina del Sueño comparte

### Breve revisión de Cefaleas y trastornos del sueño

#### Dr. Leonardo A. González

Las alteraciones del sueño son muy frecuentes, se estima que hasta un 40 % de los adultos sufre durante su vida algún inconveniente relacionado al dormir. En la práctica, las cefaleas son un problema de importancia significativa en la población adulta, siendo el motivo de consulta más frecuente en neurología. La relación entre alteraciones del sueño y cefaleas parece más que evidente, es conocido el mensaje de que una “mala noche” va seguida de un “mal día”, como consecuencia a diferentes alteraciones del sueño normal. ¿O es al revés? Brevemente revisaremos esta frecuente asociación y las alteraciones del sueño relacionadas a los diferentes tipos de cefaleas.

Varias revisiones de estudios epidemiológicos y clínicos sugieren que los trastornos del sueño ocurren desproporcionadamente entre los pacientes con cefaleas, y ambos se encuentran asociados con disturbios psiquiátricos. La asociación se presenta con determinados tipos de cefaleas, por ejemplo migraña, cefalea tipo tensional (CTT) o cefalea acuminada, así como también en otros patrones característicos de dolor de cabeza no específicos (como la cefalea crónica diaria o la cefalea que ocurre por la mañana). Los diversos trastornos del sueño asociados con cefaleas incluyen las apneas obstructivas del sueño (SAOS), los movimientos periódicos de piernas (MPP), las alteraciones del ritmo circadiano, el insomnio y la hipersomnia. El dolor de cabeza, y especialmente el matinal y el dolor crónico, pueden ser consecuencia de, o agravados por un trastorno del sueño, y por lo tanto el manejo de estos últimos podría mejorar y hasta resolver el dolor de cabeza. El caso de los trastornos respiratorios del sueño es el mejor ejemplo de esta relación. La evaluación de los trastornos respiratorios del sueño, incluida la detección del síndrome de aumento de la resistencia de las vías respiratorias (SRVAS) se propone especialmente para pacientes con cefaleas sin factores de riesgo tradicionales para SAOS. Las estrategias farmacológicas y conductuales de regulación del sueño son también compatibles con el tratamiento de la cefalea primaria.

La asociación de cefalea, alteración del sueño y desórdenes afectivos parecerían ser derivados de procesos patogénicos relacionados.

### Cefaleas y trastornos del sueño. Comorbilidad

#### Epidemiología

De los numerosos estudios epidemiológicos disponibles surge que se quejaron mucho más de problemas de sueño (incluyendo insomnio, trastornos del ritmo circadiano, ronquidos fuertes, trastornos respiratorios del sueño, pesadillas, y otras disomnias), los individuos que refirieron cefalea crónica matinal que quienes no tuvieron cefaleas.

Algunos estudios hallaron relación entre la severidad de la cefalea, los problemas para dormir y alteraciones de la esfera afectiva. También la prevalencia de alteraciones del sueño, en personas con migraña y cefalea tipo tensional, eran más comunes en pacientes con cefaleas que en la población general. El sueño no reparador fue asociado con migraña tanto en hombres como en mujeres, el ronquido se asoció a migraña sólo en el sexo femenino.

Varios trabajos identificaron la relación entre el ronquido y cualquier cefalea (no específicas). Las cefaleas se presentan con mucha mayor frecuencia en pacientes roncadores severos y con SAOS que en la población general. La cefalea matinal fue especialmente frecuente entre los pacientes roncadores y con apneas. Entre los distintos tipos de cefalea, la cefalea crónica diaria fue más asociada a trastornos respiratorios del sueño que la cefalea episódica.

Existen datos que mencionan que hasta un 50% de los pacientes con migraña refiere trastornos del sueño y sueño excesivo como precipitantes, y alrededor del 85% de ellos utiliza el dormir como mecanismo reparador del dolor. Muchos de estos pacientes también se quejan de dificultad para dormir y/o mantener el sueño.

En un estudio de pacientes con cefaleas, el insomnio se identificó en 60% de los pacientes, y más frecuentemente en pacientes con cefalea crónica que episódica.

Las cefaleas en racimos fueron relacionadas a los trastornos del sueño, con una mayor prevalencia de SAOS en relación a controles. La evidencia actual señala que el tratamiento de las apneas de sueño mejora el control de estas cefaleas.

De igual modo, la cefalea puede ser desencadenada por la desorganización de los patrones del sueño. Entre los pacientes migrañosos y con CTT, los cambios en los ciclos de sueño (por ej. alteración del sueño, falta de sueño o sueño excesivo), se encuentran como los más comunes precipitantes de la cefalea.

Las cefaleas matinales tienen directa relación con la calidad del sueño de la noche previa a su aparición. Estas cefaleas matinales están fuertemente asociadas con el SAOS y frecuentemente desaparecen o mejoran con el tratamiento de las apneas del sueño con ventilación con presión positiva no invasiva (CPAP).

### Implicancias Clínicas

La cefalea crónica diaria y especialmente la cefalea matinal es un particular indicador de un posible trastorno del sueño. La identificación y el subsecuente manejo del trastorno del sueño en presencia de cefalea, debería ir seguido de mejoría o resolución de los dolores (cefaleas secundarias al desorden primario del sueño); los pacientes con cefaleas muestran una alta incidencia de disturbios del sueño los cuales pueden ser detonantes o exageradores de los episodios dolorosos. Estas cefaleas primarias suelen mejorar con la mejoría de la alteración del sueño. Es en base a estos argumentos que se hace ostensible la necesidad de pesquisar trastornos del sueño subyacentes en los pacientes cefaleicos.

Una detallada historia del sueño puede proveernos de información pertinente que habitualmente no es indagada en una historia clínica común. Es importante recabar datos como los hábitos del sueño, la hora de acostarse y la hora de despertar habitual, costumbres como la de ver TV o leer en la cama, la rutina previa al sueño, el ambiente donde duerme, los momentos del día con somnolencia, así como cualquier medida utilizada para promover el despertar o el sueño. Siempre es útil obtener información del compañero de cama o de habitación cuando fuera posible. Los pacientes con insomnio primario deberían ser interrogados especialmente acerca de hábitos y comportamientos. Algunos factores que influyen en el sueño pueden ser: 1) una habitación no ambientada para el sueño (luz, ruidos, TV, o el espacio es utilizado para otras actividades); 2) una rutina de sueño irregular; y 3) efectos de sustancias sobre el sueño (alcohol, cafeína, nicotina).

La historia de sueño, es un cuestionario que documenta los aspectos del sueño en la evaluación de un paciente con cefalea, refleja los horarios en que el paciente duerme, la variabilidad de estos entre los días de semana y los fines de semana, la asociación del sueño con las cefaleas, y la presencia de ronquidos.

En adultos, algunas preguntas simples en el interrogatorio pueden servir para detectar la existencia de riesgo a padecer posibles alteraciones del sueño. Utilizando la mnemotecnia REST, deberemos interrogar acerca de la capacidad restauradora del

sueño, la excesiva somnolencia diurna, cansancio extremo o fatiga, la presencia habitual de ronquidos (snoring), y si el tiempo total de sueño es suficiente.

El diario de sueño es quizás la herramienta más universalizada para el estudio de las alteraciones del sueño. Se registran datos acerca de la regularidad, la duración y la calidad del sueño. Ahí se pueden incorporar más variables como la aparición de cefalea y combinar diario de cefalea y de sueño.

### Trastornos respiratorios del sueño (TRS). SAOS

Se refieren a anomalías del patrón respiratorio o de la calidad de la ventilación durante el sueño. Las alteraciones respiratorias pueden ser secundarias a obstrucción del tracto respiratorio (SAOS), a pérdida del esfuerzo respiratorio central (apneas centrales) o a ambos (apnea mixta). Algunas de las consecuencias del TRS incluyen alteraciones del sueño nocturno, somnolencia diurna y disminución de las funciones neurocognitivas. Los recurrentes microdespertares en asociación con la hipoxia intermitente y la hipercapnia han sido implicados en la enfermedad cerebro y cardiovascular, la resistencia a la insulina y otros componentes del síndrome metabólico.

Debido a su alta prevalencia, la establecida asociación con cefalea y la potencial mejoría de la cefalea con el tratamiento adecuado del síndrome, el SAOS es el más importante de los trastornos respiratorios a considerar. En un paciente con sobrepeso y cefalea que despierta con el dolor de cabeza debería sospecharse fuertemente la presencia de SAOS, e interrogarse acerca de ronquidos y otros síntomas de apneas del sueño.

### Ronquido y síndrome de aumento de la resistencia de las vías respiratorias superiores.

Si bien la mayoría de la atención dentro de los TRS del sueño está centrada en el SAOS, es necesario considerar el esfuerzo respiratorio relacionado con arousals (RERAs). Se trata de microdespertares (arousals) durante el sueño, que ocurren como resultado de la resistencia aumentada de las vías respiratorias altas, pero que no cumplen los criterios para la apnea o hipopnea. Debemos prestar especial atención, las personas con SRVAS suelen consultar en busca de tratamiento para otros síntomas, como fatiga crónica, fibromialgia y cefaleas, más frecuentemente que por trastornos del sueño.

Un roncador con dolor de cabeza al despertar, o con quejas de sueño o de trastornos

en su funcionamiento diurno, debería generar sospecha suficiente para justificar la investigación de alteraciones respiratorias del sueño. Más que nunca, identificar y tratar el SAOS es crucial no sólo para la cefalea, sino también para mejorar el estado general, la presión arterial, el riesgo vascular, etc. Se debe solicitar una polisomnografía para confirmar el diagnóstico y poder iniciar el tratamiento adecuado. Los tratamientos específicos para SAOS y SRVAS incluyen: pérdida de peso, tratamiento de las alergias nasales, tratamiento posicional para las apneas relacionadas con el decúbito dorsal, el uso de dispositivos orales y la CPAP nasal. El dispositivo de CPAP nasal es el tratamiento estándar por su eficacia y seguridad. El tratamiento de la cefalea, que aún puede persistir luego de resolver el SAOS dependerá del tipo exacto de diagnóstico y se encuadra dentro de las líneas de tratamiento habituales. Es importante tratar de evitar las drogas depresoras del SNC, como los hipnóticos y los opiáceos, al menos hasta que el TRS esté solucionado, pero luego, de ser necesario podrían llegar considerarse los hipnóticos para el manejo del insomnio.

### Insomnio.

Es el trastorno de sueño más común en la población que consulta por cefalea. Puede ser primario (idiopático) o sintomático de otra alteración como puede ser la depresión, el dolor crónico, o el síndrome de piernas inquietas (SPI). Por eso debería ser considerado inicialmente un síntoma, y luego valorarlo dentro de una serie de diagnósticos diferenciales. Los pacientes con cefalea que también tienen insomnio primario crónico se pueden beneficiar del tratamiento específico con drogas hipnóticas. Aunque el insomnio y las cefaleas se presentan más frecuentemente juntas que cada uno por separado, aun no hay una clara explicación del tipo causa - efecto.

La llamada terapia conductual del insomnio, es el tratamiento que ha demostrado eficacia sólo o en asociación a fármacos y está especialmente recomendado para el tratamiento del insomnio asociado a cefaleas. Los tratamientos cognitivo conductuales, consisten en: 1) Técnicas de relajación, 2) Terapia cognitiva, (tendiente a evitar creencias inapropiadas, miedos que impiden dormir bien, manejar el stress y la ansiedad que provoca la falta de sueño y perpetúan el insomnio), 3) Control de estímulos, 4) Adecuación del ambiente, permanecer en la cama sólo para dormir, y no permanecer esperando el sueño o en otras actividades, etc. 5) Despertar siempre a la

misma hora, 6) Evitar siestas. Es importante comenzar con la restricción de sueño, tratar de reducir el tiempo en la cama y luego, según el diario de sueño ir incorporando paulatinos incrementos. Las medidas de higiene de sueño, consisten en aconsejar y enseñar condiciones básicas tendientes a evitar conductas inadecuadas para el sueño. A veces se puede asociar a tratamiento farmacológico.

#### Alteración del ritmo circadiano.

Se conocen también como desórdenes de fase, son básicamente alteraciones en el horario de dormir. El tratamiento de los trastornos de fase incluye la administración de melatonina a apropiados horarios de luz y oscuridad. Existe evidencia de que la cefalea suele ser uno de los primeros síntomas de alteración de fase. Los estudios sugieren que la cefalea no es solamente un síntoma de la alteración de fase, por lo que la ingesta de melatonina podría ser de utilidad para ambos problemas, la cefalea y el desorden del sueño. La melatonina es una hormona liberada por la pineal que traduce el estímulo lumínico ambiental en señales biológicas, y en ciertas especies regula el comportamiento reproductivo estacional. Este rol en humanos es desconocido, pero está probado su valor terapéutico en ciertos desórdenes del ritmo circadiano. Como hipnótico tiene una función muy débil. Además, existen numerosos estudios que sugieren que la melatonina puede mejorar las cefaleas aun en ausencia de alteraciones de fase.

#### Cefalea hipópnica.

Con el nombre de cefalea hipópnica (CH) se conoce a una rara e infrecuente cefalea primaria, asociada al sueño, que se encuentra más frecuentemente en pacientes añosos. La incidencia comunicada en algunas series es menor al 0,07% (1 de 1400). Los ataques ocurren exclusivamente durante el sueño y tienden a presentarse a horas más o menos constantes cada noche. A veces, pueden ser múltiples en una sola noche.

La fisiopatología es aún incierta, aunque parece evidente que se trata de una alteración de la cronobiología. Aun no hay certezas en cuanto a la presentación de estos dolores en una fase del sueño determinada. El dolor suele ser de intensidad severa sólo en 1/3 de los casos, unilateral y pulsátil en 40%. La duración oscila entre los 15 y 180 minutos. La mayoría de los pacientes se quejan de un solo episodio por noche. En 2004, la CH fue reconocida dentro de las cefaleas primarias y fue incluida en el Grupo 4 (Otras Cefaleas Primarias, coda 4.5) de la Clasificación Internacional de Cefaleas - II (ICHD-II), con nuevos criterios para diagnóstico. El dolor debe ocurrir durante el sueño y despertar

al paciente, al menos 15 veces al mes, ser de una duración mayor a 15 minutos, aparecer después de los 50 años de edad, sin disautonomía, y no ser atribuible a otras causas. Los episodios de cefaleas son moderadamente respondedores a los AINEs y generalmente no a los triptanes. El mejor tratamiento profiláctico demostró ser el carbonato de litio al acostarse. Algunos pacientes se benefician con la melatonina.

### Conclusiones

Los trastornos del sueño han sido asociados con cefaleas más frecuentes y más severas. Las principales condiciones notables incluyen el SAOS, el insomnio primario y las alteraciones de fase del ritmo circadiano. El tratamiento de la alteración del sueño, especialmente de los trastornos respiratorios del sueño puede mejorar y a veces resolver la cefalea. Algunas alteraciones del sueño, tales como el insomnio, pueden enmascarar o coexistir con trastornos psiquiátricos como depresión o ansiedad, y se asocian a un peor pronóstico para la cefalea. Es entonces cuando la pesquisa, la evaluación y el tratamiento de los trastornos del sueño en pacientes con cefalea crónica son imprescindibles.

### Bibliografía

-González, LA. "Los Dolores de Cabeza. Actualización de la fisiopatología, clínica y tratamiento. Algunos aspectos de las cefaleas en América Meridional". Cefaleas relacionadas con el sueño. (420-430). Cefalea Hípnica. (431-435). Editores Dres. Saravia, Buonanotte y Zavala. Buenos Aires, 2012.

-Paiva T, Batista A, Martins P, Martins A. The Relationship Between Headaches and Sleep Disturbances. Headache. 1995 Nov-Dec;35(10):590-6.

-Dodick DW, Eross EJ, Parish JM. Clinical, anatomical, and physiologic relationship between sleep and headache. Headache. 2003; 43:282-292

-Ohayon MM. Prevalence and risk factors of morning headaches in the general population. Arch Intern Med. 2004; 164:97-102.

-Inamorato E, Minatti-Hannuch SN, Zukerman E. The role of sleep in migraine attacks. Arq Neuropsiquiatr. 1993; 51:429-32.

-Boardman HF, Thomas E, Millson DS, Croft PR. Psychological, sleep, lifestyle, and comorbid associations with headache. Headache. 2005; 45:657-669.

- Kelman L, Rains JC. Headache and sleep: Examination of sleep patterns and complaints in a large clinical sample of migraineurs. *Headache*. 2005; 45:904-910.
- Paiva T, Esperanca P, Martins I, Batista A, Martins P. Sleep disorders in headache patients. *Headache Q*. 1992; 3:438-442.
- Houle TT, Rains JC, Penzien DB, Lauzon JJ, Mosley TH. Biobehavioral precipitants of headache: Time- series analysis of stress and sleep on headache activity. *Headache*. 2004; 44:533-534.
- Biondi DM. Headaches and their relationship to sleep. *Dent Clin North Am*. 2001;45:685-700.
- Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991; 14:540-545.
- Quan SF, Gersh BJ. Cardiovascular consequences of sleep-disordered breathing: Past, present and future: Report of a workshop from the National Center on Sleep Disorders Research and the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation*. 2004;109:951-957.
- Robbins J, Redline S, Ervin A, Walsleben JA, Ding J, Nieto FJ. Associations of sleep disordered breathing and cerebral changes on MRI. *J Clin Sleep Med*. 2005;2:159-165.
- Kelman L, Rains JC. Headache and Sleep: Examination of Sleep Patterns and Complaints in a Large Clinical Sample of Migraineurs *Headache* 2005;45:904-910
- Rains JC .Optimizing Circadian Cycles and Behavioral Insomnia Treatment in Migraine. *Current Neurology and Neuroscience Reports* 2008, 8:167-175
- Raskin NH. The hypnic headache syndrome. *Headache*. 1988; 28:534-536).
- Pinessi L, Rainero I, Cicolin A, Zibetti M, Gentile S & Mutani R. Hypnic headache syndrome: association of the attacks with REM sleep. *Cephalalgia*. 2003; 23:150- 154. London. ISSN 0333.
- Evers S, Goadsby PJ. Hypnic headache: clinical features, pathophysiology, and treatment. *Neurology* 2003; 60:905-909.
- Liang J-F, Fuh J-L, Yu H-Y, Hsu C-Y & Wang S-J. Clinical features, polysomnography and outcome in patients with hypnic headache. *Cephalalgia*. 2008; 28:209- 215. London. ISSN 0333-1024.
- Holle D, Wessendorf T, Zaremba S, Naegel S, Diener H, Katsarava Z, Gaul Ch, and Obermann M. Serial polysomnography in hypnic headache. *Cephalalgia*. 2011; 31(3) 286-290.