

Artículo de Revisión

Variables clínicas de intervención en fisioterapia relacionadas con las cefaleas de tipo tensional

Anxo Cachinero Torre ^{1,*}

¹ Fisioterapeuta clínico

* **Autor correspondencia:** anxocachinero@gmail.com

Recibido: 07/11/2017; Aceptado: 13/11/2017; Publicado: 30/11/2017

Resumen: Objetivo: realizar una revisión de las variables clínicas que son competencia de la fisioterapia en la evaluación y tratamiento de las cefaleas de tipo tensional. Estrategia de búsqueda: se buscaron, seleccionaron y analizaron los artículos de las bases de datos PUBMED, PEDro, Web of Science y Cochrane Library. La búsqueda comprende estudios desde el año 1988 al 2017. Resultados: hay cuatro tipos de variables que puede abordar la fisioterapia en las cefaleas de tipo tensional: dolor muscular referido con la presencia de puntos gatillo en la musculatura cervical, oculomotora y masticatoria; dolor referido articular de las articulaciones cervicales altas; mecanosensibilidad de las ramas del Nervio Trigémino; y la alteración de la movilidad ocular en los movimientos de seguimiento ocular uniforme. Conclusión: la fisioterapia tiene cuatro tipos de variables de intervención en las cefaleas de tipo tensional, por lo que se ha de seguir investigando en este sentido para elaborar estrategias de diagnóstico y tratamiento más eficaces.

Palabras Clave: Fisioterapia; Cefaleas de tipo Tensional; Revisión; Seguimiento Ocular Uniforme; Punto Gatillo Miofascial.

Abstract: Objective: to carry out a review of the clinical variables that are the competence of physiotherapy in the evaluation and treatment of tension-type headaches. Search strategy: the articles of the PUBMED, PEDro, Web of Science and Cochrane Library databases were searched, selected and analyzed. The search includes studies from 1988 to 2017. Results: there are four types of variables that physiotherapy can address in tension-type headaches: myofascial pain with the presence of trigger points in the cervical, oculomotor and masticatory muscles; joint referred pain of the high cervical joints; Mechanosensitivity of the branches of the Trigeminal Nerve; and the alteration of ocular mobility in uniform smooth pursuit eye movements. Conclusion: physiotherapy has four types of intervention variables in tension-type headaches, so further research is needed to develop more effective diagnostic and treatment strategies.

Key words: Physiotherapy; Tension-type Headaches; Review; Pursuit; Smooth; Myofascial Trigger Point.

1. Introducción

Las cefaleas de tipo tensional (CTT) son el tipo de cefaleas primarias que provocan mayor fuente de dolor de cabeza, con una prevalencia del 28,3% al 40,9% [1]. Tienen un importante impacto socio-económico ya que son causantes del 9% de las bajas laborales en la Unión Europea [2]. Además, suponen una disminución significativa de la calidad de vida con una tendencia a la cronificación y, por lo tanto, una repercusión muy negativa en el grado de discapacidad [3].

Sin embargo, debido a que los mecanismos etiológicos de las CTT no están totalmente establecidos, los tratamientos médicos están basados en terapia farmacológica orientada a mitigar el dolor de una manera inespecífica [4].

El criterio diagnóstico de las CTT ha sido investigado exhaustivamente con el objeto de poder diferenciarlas de otro tipo de cefaleas primarias, como pueden ser las migrañas, y tener así un diagnóstico y tratamiento más específicos y, por lo tanto, conseguir mejores resultados [1]. Este criterio diagnóstico se fundamenta en:

- Ocurren de media de 12 a 180 episodios al año.
- La cefalea dura entre 30 minutos y 7 días.
- Dolor sordo de ubicación bilateral por la zona frontal y temporal de intensidad media-baja, con sensación de presión en banda, que no empeora con la actividad física habitual como subir escaleras o caminar, que no está asociado a fofobia, fonofobia, náuseas o vómitos.

En este sentido, la presente revisión bibliográfica tiene como objetivo revisar las variables clínicas asociadas las cefaleas de tipo tensional que pueden ser abordadas desde la fisioterapia y estimular futuras líneas de investigación para hallar nuevas estrategias más eficaces y específicas en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las CTT.

2. Material y Métodos

Se realizó una revisión sistemática de las variables clínicas de las CTT que pueden ser abordadas desde el ámbito de la fisioterapia. Para ello, se buscaron, seleccionaron y analizaron los artículos de las bases de datos PUBMED, PEDro, Web of Science y Cochrane Library. La búsqueda comprende estudios desde el año 1988 al 2017. Se limitó la búsqueda a los idiomas inglés, español, alemán y francés. Fueron evaluados con la escala Jadad.

3. Resultados

Las variables clínicas que son competencia de la fisioterapia relacionadas con las CTT encontradas se fundamentan en los siguientes puntos:

En primer lugar, el dolor de origen muscular debido a puntos gatillo puede provocar dolor referido en las zonas frontal y lateral característico de las CTT. Por un lado, los músculos de la región cervical como el esternocleidomastoideo, el semiespinoso del cuello, el semiespinoso de la cabeza, los suboccipitales, el esplenio de la cabeza, el esplenio del cuello y el trapecio superior [5]. Por otro lado, los músculos masticatorios como los maseteros y Pterigoideos [6, 7]. Además, los músculos oculomotores como el recto lateral y el oblicuo superior [8, 9, 10].

En segundo lugar, el dolor referido de origen articular de las articulaciones cigapofisarias de C2-C3 y C3-C4 [11, 12] y las articulaciones atlanto-occipitales y atlanto-axiales laterales pueden originar sintomatología de las CTT [13].

En tercer lugar, se relaciona a las CTT con la sensibilización del nervio Trigémino. Este fenómeno neurofisiológico se debe a inputs nociceptivos extracraneales mantenidos en el tiempo que afectan a la regulación de los mecanismos periféricos puede dar lugar a una hiperalgnesia pericraneal [14]. En este sentido, se describe que en los sujetos con CTT se produce una mecanosensibilidad de ramas sensitivas del nerviotrigémino, de modo que hay un menor umbral de dolor a la presión en los nervios supraorbital y infraorbital [8, 15].

Por último, también es relacionada la alteración de la movilidad ocular en el seguimiento ocular uniforme. Se ha hallado que los sujetos con cefaleas de tipo tensional tienen una disminución de la velocidad en el seguimiento ocular uniforme [8, 16]. Además, se relaciona el esfuerzo visual excesivo con esta alteración de movilidad ocular y, por lo tanto, con la sintomatología de las CTT [17, 18].3.1.

4. Conclusiones

En esta revisión se ha encontrado relación con las CTT: el dolor referido de origen muscular de las regiones cervical, mandibular y ocular, la mecanosensibilidad de ramas sensitivas del nervio trigémino y la alteración en la oculomotricidad.

Sin embargo, a pesar de ser competencia de la fisioterapia, a excepción del dolor muscular referido de la región cervical, la mayoría de ellas no han sido estudiadas en profundidad.

Por lo tanto, se pretende estimular futuras líneas de investigación que busquen conseguir nuevas estrategias de diagnóstico, prevención y tratamiento más específicas y efectivas de las CTT desde el ámbito de la fisioterapia.

Conflictos de Intereses: el autor no declara conflicto de intereses.

Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas son usadas en este manuscrito:

CTT: Cefaleas de tipo tensional

Referencias Bibliográficas

1. International Headache Society. The international classification of headache disorders: Headache classification committee of the international headache society. *Cephalalgia* 2013;33(9):629–808.
2. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2010 Aug; 11(4):289-99.
3. Sacco S, Ricci S, Carolei A. Tension-type headache and systemic medical disorders. *Curr Pain Headache Rep*. 2011; 15(6):438-43.
4. Straube A, May A, Kropp P, Katsarava Z, Haag G, Lampl C, Sándor PS, Diener HC, Evers S. Therapy of primary chronic headache: chronic migraine, chronic tension type headache and other forms of daily chronic headache. *Schmerz*. 2008;22(5):531-34.
5. Borg-Stein J. Cervical myofascial pain and headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2002;6(4):324-30.
6. Davidoff RA. Trigger points and myofascial pain: toward understanding how they affect headaches. *Cephalalgia*. 1998;18(7):436-48.
7. Gonçalves DA, Bigal ME, Jales LC, Camparis CM, Speciali JG. Headache and symptoms of temporomandibular disorder: an epidemiological study. *Headache*. 2010;50(2):231-41.
8. Cachinero-Torre A, Díaz-Pulido B, Asúnolo-Del-Barco-Á. Relationship of the Lateral Rectus Muscle, the Supraorbital Nerve, and Binocular Coordination with Episodic Tension-Type Headaches Frequently Associated with Visual Effort. *Pain Med*. 2017 May;18(5):969-979.
9. Fernández de Las Peñas C, Cuadrado ML, Gerwin RD, Pareja JA. Referred pain elicited by manual exploration of the lateral rectus muscle in chronic tension-type headache. *Pain Med*. 2009;10(1):43-8.
10. Fernández de las Peñas C, Cuadrado ML, Gerwin RD, Pareja JA. Referred pain from the trochlear region in tension-type headache: a myofascial trigger point from the superior oblique muscle. *Headache* 2005;45(6):731-7.
11. Fukui S, Ohseto K, Shiotani M, Ohno K, Karasawa H, Naganuma Y, et al. Referred pain distribution of the cervical zygapophyseal joints and cervical dorsal rami. *Pain*. 1996;68(1):79-83.
12. Dwyer A, Aprill C, Bogduk N. Cervical zygapophyseal joint pain patterns. I: A study in normal volunteers. *Spine*. 1994;19(7):807-11.
13. Aprill C, Axinn MJ, Bogduc N. Occipital headaches stemming from the lateral atlanto-axial (C1-2) joint. *Cephalalgia*. 2002;22(1):15-22.
14. Ashina S, Bendtsen L, Ashina M, Magerl W, Jensen R. Generalized hyperalgesia in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia*. 2006; 26(8):940-8.
15. Fernández-de-Las-Peñas C, Coppeters MW, Cuadrado ML, Pareja JA. Patients with chronic tension-type headache demonstrate increased mechano-sensitivity of the supra-orbital nerve. *Headache*. 2008; 48(4):570-7.

16. Carlsson J, Rosenhall U. Oculomotor disturbances in patients with tension headache. *Acta Otolaryngol.* 1988;106(5-6):354-60.
17. Pickwell D, Jenkins T, Yekta AA. The effect on fixation disparity and associated heterophoria of reading at an abnormally close distance. *Ophthalmic Physiol Opt.* 1987; 7(4):345-7.
18. Chu C, Rosenfield M, Portello JK, Benzoni JA, Collier JD. A comparison of symptoms after viewing text on a computer screen and hardcopy. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2011;31(1):29-32.



© 2017 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.