

## Cefaleas en el contexto de la infección por SARS-CoV-2

Datos provenientes de series de pacientes SARS-CoV-2 positivos de estudios realizados en China informan dolor de cabeza en el 6% -15% de los casos, aunque algunos datos sugieren que la frecuencia real es mayor con datos preliminares españoles que indican un 60%, y además se informa que el dolor de cabeza no está asociado con fiebre.

Para analizar las características de las cefaleas asociadas con COVID-19 se realizó, en Madrid, una encuesta a profesionales sanitarios que presentaron infección por SARS-CoV-2, diagnosticada clínicamente y/o confirmada serológicamente (47,3%), que no requirieron ingreso hospitalario y que presentaron cefalea. Dentro de los encuestados 82/112 (73,2%) no tenían antecedentes de cefaleas. La proporción de mujeres a hombres fue de 4,3: 1, con una edad media de  $43,4 \pm 11,4$  años. Este punto es importante porque algunos informes indican que los hombres son más propensos a presentar trastornos pulmonares graves, mientras que el dolor de cabeza o la anosmia pueden ser más frecuentes en las mujeres con COVID-19.

Los resultados mostraron que el tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas de la infección viral hasta la aparición de la cefalea fue de  $3,9 \pm 6$  días; la temperatura estaba por debajo de  $37,5^{\circ}\text{C}$  en el momento del inicio de la cefalea en el 88,4% de los casos. La cefalea fue hemicraneal (46 %), holocraneal (42,5%) y occipital (17,7%). El dolor se describió como opresivo (80,4%), punzante (10,7%) y pulsátil (7,4%); 2 (1,8%) individuos describieron un dolor similar a una descarga eléctrica. 25 encuestados presentaron algunos síntomas autonómicos durante el curso de la cefalea (rinorrea, lagrimeo o ptosis palpebral). El dolor fue exacerbado por la actividad física (50,9%), por los movimientos de la cabeza (46,4%) y por ambos (60%). La fonofobia y la fotofobia fueron reportadas en el 41% y 28,6% de los casos respectivamente, y el 9,8% reportó osmofobia. Se registraron náuseas (18,7%) y vómitos (3,6%). Ningún encuestado informó puntos gatillo, pero 5/112 (4,4%) informaron alodinia. Aura no se informó en ningún caso. El 39,3% atribuyó el dolor de cabeza al uso de equipo de protección personal.

El estudio encontró una heterogeneidad notable de síntomas asociados en la cefalea durante el COVID-19. Sin embargo, las características más frecuentes fueron la localización holocraneal, hemicraneal u occipital, el carácter opresivo y el empeoramiento con los movimientos de la cabeza o la actividad física. Debido a esta heterogeneidad los autores sugieren que varios patrones con mecanismos fisiopatológicos específicos pueden subyacer al dolor de cabeza asociado con COVID-19.

### Bibliografía

Jesús Porta-Etessam et al. Spectrum of Headaches Associated With SARS-CoV-2 Infection: Study of Healthcare Professionals. *Headache* 2020;60:1697-1704