Magdalena Avilés-Flores, Vera L. Petricevich y Gabriela Castañeda-Corral

Entendiendo el tormento de la cefalea en racimos

La cefalea en racimos es una condición dolorosa y debilitante que afecta principalmente a los hombres. Se caracteriza por racimos de dolor periorbital intenso, que puede presentarse varias veces al día. No existe cura, pero algunos medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas. Concientizar sobre esta afección podría ayudar a que reciban la atención médica adecuada quienes la padecen.

Racimos de dolor
Término utilizado para describir episodios de dolor intensos y recurrentes que se presentan en un solo lado de la cabeza. Cada episodio puede presentarse hasta ocho veces consecutivas en un solo día, por lo que se les conoce como racimos.

Imagínate en tu casa después de un largo día de trabajo, disfrutando un paseo por el parque con tus amigos o en la comodidad de tu cama mientras duermes. De repente, sientes un dolor punzante alrededor de un ojo, tan intenso que te deja sin aliento. En cuestión de minutos el dolor se convierte en algo insoportable, avanza hacia tu sien (región temporal) y tu mandíbula, como una aguja caliente que te perfora el cráneo. Cada segundo parece eterno y por más que desees que el dolor desaparezca, no encuentras alivio.

¿Te imaginas vivir esta experiencia varias veces al día, durante semanas, meses o incluso años? ¿Vivir con el temor constante de que pueda ocurrir en cualquier momento, mientras conduces, trabajas, haces compras, o incluso cuando duermes? Así es la vida de quienes sufren cefalea en racimos, una de las condiciones más dolorosas, debilitantes e incomprendidas que existen (**Figura 1**).

Más que un simple dolor de cabeza

La cefalea en racimos, también conocida como neuralgia de Horton y coloquialmente como "cefalea suicida", es un tipo de dolor de cabeza extremadamente grave que muy poca gente conoce. El término "cefalea en racimos" hace referencia a sus síntomas más destacados: el dolor de cabeza que afecta un solo lado (unilateral) y la frecuencia de los ataques de dolor (racimos). El dolor casi siempre inicia alrededor de la órbita de un solo ojo (dolor periorbital) y los pacientes lo describen como intenso, penetrante, opresivo, agudo y punzante. Lo comparan con la sensación de un cuchillo al rojo vivo clavado en el centro del ojo y de intensidad similar

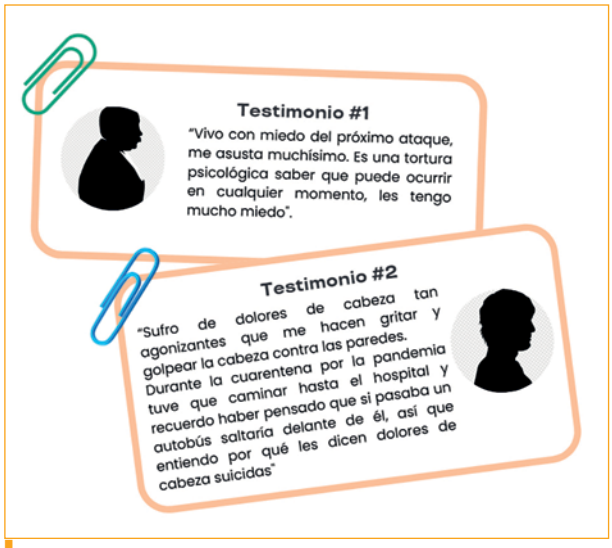

Figura 1. Testimonios de pacientes. Tomados de Brown (2024).

al dolor de una herida de bala o el dolor del parto. Súbitamente, los afectados pasan de no sentir dolor a experimentar el dolor más insoportable en tan sólo unos cuantos minutos. Por si fuera poco, tienen que lidiar con hasta ocho episodios consecutivos en un solo día, cada uno de ellos con una duración de entre 15 y 180 minutos (May y cols., 2018). Durante un episodio, los afectados son incapaces de permanecer quietos, aunque estén sentados; presionan instintivamente la zona dolorida, y en casos extremos se arrastran por el suelo.

En su desesperación por encontrar alivio y calmar la agonía, algunos llegan a golpearse la cabeza fuertemente contra la pared. Lo anterior destaca la necesidad de crear conciencia y empatizar con quienes sufren cefaleas en racimos; su experiencia no es nada menos que una pesadilla personal que impacta negativamente su calidad de vida, su salud mental y su productividad.

Epidemiología

Existen pocos estudios epidemiológicos de esta rara enfermedad, pero afecta a unas 124 personas de cada 100 000, lo que representa menos del 0.1 % de la población (Wei y Goadsby, 2021). La cefalea en racimos es más común en los hombres en comparación con las mujeres. De cada diez personas diagnosticadas, al menos siete son varones (Malu y cols., 2022). Puede aparecer por primera vez a cualquier edad. Sin embargo, es más frecuente entre los 20 y los 40 años (Figura 2). Los individuos que tienen familiares directos, como padres o hermanos, que padecen cefalea en racimos tienen 18 veces más riesgo de desarrollarla en comparación con el resto de la gente.

Otro aspecto clave por tener en cuenta es que los episodios tienden a desaparecer a medida que las personas envejecen. Si bien se desconoce la razón exacta de por qué ocurre esto, y no hay una edad específica para todos, es esperanzador para los pacientes saber que llegarán a una etapa de su vida en la que ya no tendrán que lidiar con el dolor.

Existen dos tipos de cefalea en racimos: episódica y crónica. La cefalea en racimos episódica alterna los periodos de racimos (que pueden durar hasta un año) seguidos de periodos sin dolor, conocidos como periodos de remisión, que pueden durar meses o incluso años. En contraste, la cefalea en racimos crónica se caracteriza por episodios de dolor continuo que duran más de un año, sin periodos de remisión o con periodos de remisión muy cortos (menores de un mes). Alrededor del 90 % de los pacientes con

Figura 2. Epidemiología de la cefalea en racimos.

cefalea en racimos sufren la forma episódica, mientras que el 10% restante sufre de la forma crónica. Las personas con cefalea en racimos crónica suelen ser las que más sufren, ya que en algunos casos los episodios de dolor nunca se detienen.

Síntomas

Los síntomas de esta enfermedad son muy diversos. Los más característicos son dolor ocular intenso acompañado de enrojecimiento, hinchazón del párpado, ojos llorosos, párpado caído, pupilas pequeñas, goteo o congestión nasal y sudoración excesiva en un solo lado de la cara. Estos síntomas se conocen como síntomas autonómicos porque están relacionados con la activación del sistema nervioso autónomo, el cual controla las funciones involuntarias del cuerpo. Identificar los síntomas es crítico para ayudar a quienes sufren de esta enfermedad implacable.

Factores detonantes

Imagina lo siguiente. Todo parece estar en calma, estás en una fiesta con tu familia y amigos, bebiendo tu trago favorito y divirtiéndote con todo el mundo. De pronto, cuando terminas tu bebida, empiezas a sudar, lagrimea tu ojo, tu nariz gotea y va creciendo un dolor punzante en la mitad de la cabeza; es entonces cuando te das cuenta de que la tortura está a punto de comenzar. Resulta que el alcohol es un factor que puede desencadenar estos episodios o hacer que se produzcan con más frecuencia, pero no es el único. Hasta ahora, no hay evidencia de que un tipo de bebida alcohólica sea peor que otro y sabemos que no existe una cantidad "segura" que no desencadene un ataque.

La hora del día y la estación del año también influyen. Estos ataques tienden a seguir un patrón circadiano (Wei y Goadsby, 2021), por lo que es esperado que el dolor aparezca poco después de irse a la cama, normalmente entre las 9 p. m. y las 2 a. m. También, parecen ocurrir con más frecuencia en primavera y otoño. Otros desencadenantes importantes son el humo de tabaco y los altos niveles de estrés. Además, existen otros factores desencadenantes

Figura 3. Características principales de la cefalea en racimos.

menos comunes que en algunos pacientes pueden propiciar las crisis. Por ejemplo, el consumo de alimentos ricos en grasas, olores fuertes, el ejercicio de alta intensidad, cambios de altitud o incluso cambios en el clima (**Figura 3**). Es fundamental para la prevención conocer e identificar los factores desencadenantes y encontrar formas de evitarlos.

Vamos a calmar ese dolor

Si tienes síntomas que te hagan sospechar de esta condición, se recomienda acudir al médico, idealmente a un neurólogo. Un diagnóstico correcto es clave para recibir un tratamiento adecuado, pero ¡cuidado!, el diagnóstico de este padecimiento puede llevar mucho tiempo, en parte porque es una patología relativamente desconocida y porque rara vez el paciente es atendido durante el ataque. Además, no existe una prueba específica para identificarla; en consecuencia, es necesario descartar primero otras enfermedades más comunes, como la migraña,

con la que frecuentemente suele confundirse. Para realizar el diagnóstico, el médico considera principalmente los síntomas y puede ayudarse de **pruebas de diagnóstico por imagen**, análisis de sangre y de interrogatorios extensos. Por lo anterior, es de gran ayuda que el paciente registre información como la duración, la intensidad y la frecuencia del dolor, los síntomas y factores que desencadenan los ataques y la hora del día en que aparecen, entre otros.

Pruebas de diagnóstico por imagen
Conjunto de técnicas médicas que utilizan diferentes formas de energía para producir imágenes del interior del organismo y que permiten detectar, diagnosticar, descartar, monitorear o tratar diversas enfermedades. Las más comunes son los rayos X, tomografías computarizadas, ecografía y resonancia magnética nuclear.

Una vez diagnosticada, el siguiente paso es indicar el tratamiento adecuado. Existen muchas opciones de tratamiento que les permiten a los pacientes disfrutar de sus actividades diarias sin el dolor, miedo o el aislamiento que genera esta enfermedad. Actualmente, los tratamientos disponibles para controlar los racimos se dividen en tres grupos: agudo, preventivo e intermedio o de puente (**Figura 4**). El tratamiento agudo o abortivo se usa durante las crisis para disminuir la duración o evitar que alcancen su intensidad máxima. El tratamiento más utilizado es el oxígeno al 100 %, administrado a través de una mascarilla no recirculante (Peng y Burish, 2023). También se pueden utilizar medicamentos conocidos como triptanes; entre ellos se encuentran el sumatriptán y el zoltriptán. Éstos se inyectan por vía subcutánea o se aplican por vía intranasal.

Figura 4. Tratamientos disponibles para la cefalea en racimos.

El tratamiento preventivo tiene como objetivo disminuir la frecuencia de los racimos y controlar la enfermedad a largo plazo. Los dos medicamentos más utilizados para este fin son el verapamilo y el litio. Sin embargo, son fármacos con un gran número de efectos adversos. Para minimizar el riesgo de efectos adversos, se sugiere iniciar con la dosis efectiva más baja de estos medicamentos y aumentarla gradualmente. Una desventaja de estos medicamentos es que su efecto terapéutico se observa varias semanas o, en algunos casos, incluso meses después de iniciar el tratamiento. La respuesta a estos medicamentos varía significativamente entre pacientes; algunos responden más fácilmente al tratamiento y no requieren dosis máximas de estos medicamentos. Generalmente, esto se observa en quienes presentan cefalea en racimos episódica.

Por lo anterior, se requiere el apoyo de tratamientos intermedios o de puente, en donde se utiliza la familia de fármacos de los corticoides, como la prednisona y la metilprednisolona. Los corticoides se pueden administrar por vía oral o, en caso de que no se observe respuesta, se pueden inyectar directamente a los nervios occipitales. ¡Pero ojo!, este procedimiento se lleva a cabo mediante una técnica en la cual se aplica un anestésico en la médula a nivel del cuello, para posteriormente aplicar el corticoide –responsable de producir el efecto deseado– en el mismo lugar. Dependiendo del caso, los corticoides se utilizan por periodos cortos, es decir, unos días o un par de semanas. Estos medicamentos ayudan a controlar los episodios con mayor facilidad, al mismo tiempo que el tratamiento preventivo empieza a hacer efecto y se alcanzan las dosis necesarias en las que el paciente tolera los efectos adversos de los medicamentos del tratamiento preventivo.

Los pacientes deben comprender que, aunque esta enfermedad no tiene cura, es fundamental no abandonar el tratamiento, incluso cuando se sientan mejor o noten una disminución de sus síntomas. También es importante que sepan que puede haber momentos en los que experimenten más episodios de dolor de lo habitual. Esto no significa que el tratamiento no esté funcionando. En esos momentos, es recomendable hablar con su médico, ya que puede

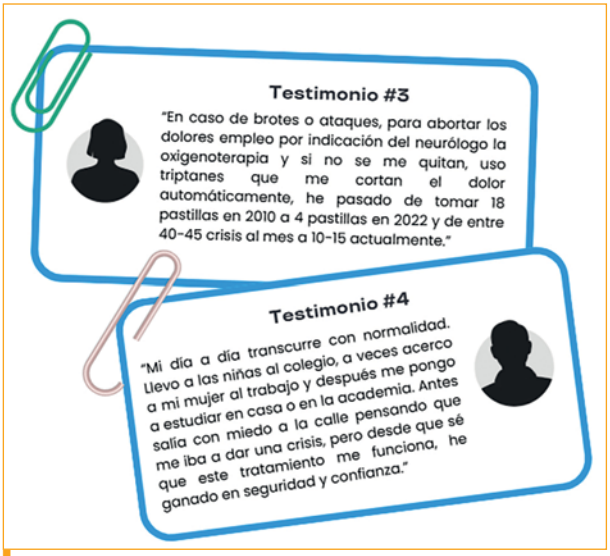

Figura 5. Testimonios de pacientes. Tomados de Hospital Cruz Roja de Córdoba (2024).

ser necesario ajustar la dosis de sus medicamentos hasta que la enfermedad se estabilice.

Además, es importante recordar que no todos los pacientes responden al tratamiento de la misma manera. Por lo tanto, encontrar el plan de tratamiento adecuado puede marcar una gran diferencia para el paciente. Pero, sin duda alguna, iniciar un plan de tratamiento realmente puede ayudar a vivir con más libertad y disfrutar de la vida (**Figura 5**).

Conclusión

La cefalea en racimos es mucho más que un simple dolor de cabeza intenso; es una enfermedad profundamente incapacitante que afecta la salud física y mental de quienes la padecen. Los pacientes con este trastorno poco común enfrentan un recorrido de incertidumbre y desesperación antes de encontrar alivio. Sin embargo, a pesar de los desafíos y la falta de información, las opciones terapéuticas disponibles pueden transformar la vida de quienes viven con esta condición, cuando se combinan con un diagnóstico temprano. Aún se desconocen las causas de esta enfermedad, por lo que es crucial continuar investigando para desarrollar tratamientos más efectivos. Mientras tanto, es imprescindible fomentar la concientización y ofrecer apoyo a quienes enfrentan esta "tortura silenciosa". De esta manera, podemos ayudar a mejorar su calidad de vida, combatir los sentimientos de aislamiento que suelen acompañar su lucha y contribuir a que su camino sea menos abrumador.

Magdalena Avilés-Flores
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
magda.aviles0711@gmail.com

Vera L. Petricevich
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
vera.petricevich@uaem.mx

Gabriela Castañeda-Corral
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
gabriela.castaneda@uaem.mx

Referencias específicas

Brown, A. (2024), "Tengo dolores de cabeza tan fuertes que me hacen golpearla contra las paredes", *BBC News Mundo* [en línea]. Disponible en: ‹https://www.bbc.com/mundo/articles/ceq4d40pgy2o›, consultado el 24 de julio de 2025.

Hospital Cruz Roja de Córdoba (2024), "Testimonio de paciente con cefalea", *Hospital Cruz Roja de Córdoba* [en línea]. Disponible en: ‹https://hospitalcruzrojacordoba.es/consejos-de-salud/tratamiento-cefalea-en-racimos-tensional-y-migrana-testimonio/›, consultado el 24 de julio de 2025.

Hinojosa, F., y A. M. González (2021), *Migraña en racimos*, México, Almadía Ediciones.

Malu, O. O., J. Bailey y M. K. Hawks (2022), "Cluster headache: rapid evidence review", *American Family Physician*, 105(1):24-32.

May, A., T. J. Schwedt, D. Magis, P. Pozo-Rosich, S. Evers y S. J. Wang (2018), "Cluster headache", *Nature Reviews. Disease Primers*, 4:18006.

Peng, K. P., y M. J. Burish (2023), "Management of cluster headache: Treatments and their mechanisms", *Cephalalgia. An International Journal of Headache*, 43(8):03331024231196808.

Wei, D. Y., y P. J. Goadsby (2021), "Cluster headache pathophysiology — insights from current and emerging treatments", *Nature Reviews Neurology*, 17:308-324.