



Cefalea y Migraña

Universidad Del Sureste

Clínicas Medicas Complementarias

Docente: Dr. Ricardo Acuña de Saz

Alumna: Johary G. Ramos Aquino

4ta.Unidad

Definicion:

Cefalea tensional: subtipo de cefalea primaria más común. El dolor es típicamente bilateral, opresivo, y de intensidad leve a moderada. No se presentan náuseas y no se agrava con la actividad física. Se pueden asociar la sensibilidad a la luz, al ruido o hipersensibilidad pericraneal.

Cefalea tensional episódica infrecuente: Episodios de cefalea poco frecuentes, de localización típicamente bilateral, con dolor tensivo u opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días. Este dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado con náuseas, pero podrían presentarse fotofobia o fonofobia.

Cefalea tensional episódica frecuente: Episodios frecuentes de cefalea, de localización típicamente bilateral, con dolor tensivo u opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días. Este dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado con náuseas, pero podrían presentarse fotofobia o fonofobia.

Migraña: subtipo de cefalea primaria severa más común. Se caracteriza por ser unilateral, pulsátil, puede presentarse en minutos u horas, de intensidad moderada a severa, se asocia con náusea y/o vómito y/o sensibilidad a la luz y al ruido, incapacitante y se agrava con la actividad física. Se clasifica por la presencia o ausencia de aura.

Epidemiologia:

La cefalea tensional y la migraña aparecen como la segunda y tercer enfermedad más frecuentes en el mundo. Prevalencia a lo largo de la vida de alrededor del 15% en la población general, y afecta en mayor proporción a mujeres (18%) que a hombres (8%).

Clasificacion:

Existen dos síndromes típicos que son con frecuencia la expresión de estas cefaleas:

- Síndrome meníngeo o de irritación meníngea: en el que el paciente suele tener cefalea intensa acompañada de rigidez nuchal, empeoramiento con los movimientos, signos meníngeos presentes (Kernig y Brudzinski) y vómitos, en ocasiones no precedidos de náuseas (vómitos en escopetazo). Es típico de la hemorragia subaracnoidea y de la meningitis.
- Síndromes de hipertensión/ hipotensión intracraneal. Ambos se manifiestan con un componente dinámico, empeorando la cefalea según la postura. En el primero el exceso de presión intracraneal se manifestará con una mayor cefalea en decúbito; es típico de lesiones ocupantes de espacio o de trombosis de senos. El de hipopresión o hipotensión intracraneal al haber poco LCR cuando el paciente se incorpora suele presentar cefalea, en ocasiones acompañada de náuseas, vómitos y sensación de mareo; es típico tras la realización de una punción lumbar aunque puede ser espontáneo.

Cefalea tensional: Es el tipo de cefalea más frecuente y predomina en la mujer. Se distinguen tres formas: episódica infrecuente, episódica frecuente y crónica (> 15 días al mes). Sus criterios diagnósticos buscan diferenciarla de la otra cefalea primaria más frecuente, la migraña, con la que puede confundirse.

Migraña: La segunda cefalea más frecuente, generalmente comienza entre los 10-30 años y el 50-75% de los casos son mujeres. Existe una predisposición hereditaria poligénica y gran influencia de factores ambientales.

Subtipos clínicos de las migrañas:

- **Migraña con aura o migraña clásica:** Representa el 20% de las migrañas. Es una cefalea recurrente, de predominio hem craneal y cualidad pulsátil, que puede acompañarse de náuseas, vómitos, fotofobia y sonofobia, intensidad moderada-alta, duración entre 4 y 72 horas. Se precede de clínica de focalidad neurológica (aura), siendo las manifestaciones visuales las más frecuentes.
- **Migraña sin aura o migraña común:** Representa el 75% de los casos de migrañas. Consiste en cefaleas de características análogas a las descritas en la migraña con aura, pero sin clínica de focalidad neurológica precediendo o acompañando a la cefalea.

Ambos tipos de migraña pueden ocurrir en el mismo paciente.

Complicaciones

- **Migraña crónica.** Cuando se padecen más de 15 episodios al mes, durante al menos 3 meses.
- **Estado de mal migrañoso o estatus migrañoso.** Más de 72 horas de duración, a pesar del tratamiento.
- **Infarto migrañoso.** Cuando los síntomas del aura migrañosa persisten más allá de la duración de la cefalea, y se asocian a una lesión isquémica cerebral del mismo territorio vascular, demostrado por imagen. Son más frecuentes en mujeres mayores de 45 años, fumadoras, en tratamiento con anticonceptivos.

Cefaleas trigeminoautonómicas:

- **Cefalea en racimos o cluster, histamínica o de Horton:** El término "en racimos" hace referencia a que los pacientes suelen tener periodos de tiempo variable en los que durante varios días presentan episodios diarios, quedando luego asintomáticos hasta el siguiente acúmulo o cluster. Predomina en varones (2:1) y debuta a cualquier edad, aunque preferentemente entre los 20-50 años. Se distingue una forma episódica y otra crónica (cuando hay ausencia de fases de remisión durante 1 año o más, o con remisiones que duran menos de 1 mes). Se caracteriza por episodios de cefalea unilateral, localizada a nivel periorbitario, de gran intensidad, y cuya duración puede variar entre 15-180 minutos, desde una vez cada 2 días, hasta 8 veces al día. Aparece característicamente por la noche, aproximadamente 1 hora después de conciliar el sueño, y puede recurrir durante el día, a menudo a la misma hora. Los ataques se acompañan de uno o varios signos vegetativos ipsilaterales al lado doloroso: lagrimeo, rinorrea, congestión

ocular y obstrucción nasal ipsilateral al dolor, sudoración frontal y facial, edema palpebral ipsilateral, miosis-ptosis ipsilateral, e inquietud motora y desasosiego.

- Short Lasting Unilateral Neuralgiform Headache attacks with Conjunctival Injection and Tearing (5UNCT): duración muy breve, muchos episodios al día. El tratamiento de elección es lamotrigina.
- Hemicránea paroxística: predomina en la mujer, de inicio en la edad adulta. Duración más breve que la cefalea en racimos {2-30 minutos} y una frecuencia mayor (5-30 episodios al día). la buena respuesta a indometacina es un criterio diagnóstico.
- Hemicránea continua: cefalea hemicraneal estricta en la que suele haber en el momento actual o durante su evolución síntomas trigemino autonómicos ipsilaterales. La excelente respuesta a indometacina constituye el tratamiento y es criterio diagnóstico.

Etiología:

Las crisis se pueden desencadenar por diversos factores dietéticos (vino tinto), ambientales (cambios meteorológicos), psicológicos (estrés), hormonales (menstruación), alteración de sueño y farmacológicos.

Diagnostico:

Criterios diagnosticos:

1. Anamnesis
2. Exploracion fisica:
 - Tensión arterial
 - Frecuencia cardiaca
 - Senos paranasales
 - Arterias del cuero cabelludo (temporal)
 - Músculos paraespinales cervicales
 - Articulación temporo-mandibular
 - Alteraciones en columna cervical

3. Dirigir el examen neurológico:

- Flexión del cuello (irritación meníngea)
- Lesiones en cráneo orbitas y cuello
- Fondo de ojo, campos visuales, reflejos oculares
- Exploración de nervios craneales (oculomotores y porción sensorial del nervio trigémino)
- Función motora cara y extremidades
- Reflejos de estiramiento muscular

Migraña sin aura	<p>Al menos 5 episodios, cumpliendo los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración del episodio de 4-72 horas (sin tratamiento o tratada sin éxito) • Al menos 2 de los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> - Unilateral (30-40% son bilaterales) - Pulsátil (50% de los casos son no pulsátiles) - Intensidad moderada a grave (Llega a interferir o impedir las tareas cotidianas) - Agravada por el movimiento (caminar o subir escaleras) • Al menos un síntoma asociado: <ul style="list-style-type: none"> - Náuseas o vómitos - Fotofobia, sonofobia u osmofobia. (Más del 80%) • El dolor no se atribuye a otra enfermedad
Migraña con aura	<p>A los criterios descritos anteriormente se añaden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uno o más síntomas focales neurológicos transitorios positivos (luces o líneas) y negativos (pérdida de visión) (90% visuales) antes o durante la cefalea • Duración del aura de 5-60 minutos • La cefalea acompaña o sigue al aura dentro de los siguientes 60 minutos • El dolor no se atribuye a otra enfermedad

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico:

- Se han reportado alivio de síntomas con compresas frías en cabeza y cuello (3 veces al día, por 10 minutos en los días que presente el ataque agudo)
- Se ha reportado alivio de síntomas como fotofobia y / o fonofobia cuando se aísla el paciente y se evitan estos estímulos
- Otorgar incapacidad temporal para el trabajo de 1 a 3 días, sólo en los cuadros severos

El tratamiento de los episodios de las cefaleas se realiza con antiinflamatorios no esteroideos, paracetamol, o analgésicos comunes. El tratamiento preventivo se realiza con antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

Las principales opciones de tratamiento de las migrañas:

1. Ataques leves moderados: AINE (AAS, naproxeno o ibuprofenol), Ergóticos.
2. Ataques moderados graves: Triptanes (sumatriptán, naratriptán, lolmitriptán, rizatriptán, almotriptán, eletriptán y frovatriptán)
3. Estatus Migrañoso: Corticoides, antieméticos, Clorpromacina, ketorolaco, ácido valproico, magnesio.
4. Preventivo (frec. >2 episodios al mes):
 - Neuromoduladores (topiramato, valproato, zonisamida, pregabalina, lamotrigina)
 - Antagonistas de la serotonina (ciproheptadina, pizotifen, metisergida)
 - Calcioantagonistas (flunarizina, cinaricina, verapamilo)
 - Toxina Botulínica tipo A
 - Antihipertensivos: lisinopril y candesartán
 - Antidepresivos: venlafaxina, ISRS

Cefalea en racimos o cluster, histamínica o de Horton:

- Tratamiento preventivo. Evitando factores desencadenantes, si éstos existen, como el alcohol y otros vasodilatadores.
- Tratamiento sintomático. la terapia de elección es el sumatriptán subcutáneo, por su rapidez y eficacia. la segunda medida más efectiva es la inhalación de oxígeno a flujo elevado.
- Tratamiento profiláctico. Se considera el verapamilo como el fármaco de elección. Si no hay respuesta, se puede intentar con cursos breves de corticoides, topiramato, ergotamina en dosis única nocturna, o litio.

Bibliografía:

- Amosa.M.,Diaz.F.,Garcia.D.,Herreros.J.,Hervas.J.,Ivanovic.Y.,Lopez.L.,Romero .J.. (2018). Epilepsia. En Manual CTO de Medicina y Cirugía Neurología y Neurocirugía(pp.78-81). Madrid: Grupo CTO.