

23 DE JUNIO DE 2020



Universidad del sureste

CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

CEFALEA/MIGRAÑA

Medicina Humana

Axel Guadalupe Ceballos Salas

Dr. Ricardo Acuña

Unidad 4

Séptimo semestre

Cefalea/ Migraña

Con el término cefalea, se designa a toda sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, desde la región frontal hasta la occipital, aunque en numerosas ocasiones, también se aplica a dolores de localización cervical y facial. Si bien la cefalea en la mayoría de los casos a los que nos enfrentamos en la consulta se trata de una entidad clínica en sí misma, debe ser considerada desde el inicio como un síntoma, con el fin de abordar un correcto enfoque bio-psico-social que nos facilitara el manejo del paciente que presente este problema.

De todos los tipos de cefalea tanto primarias como secundarias a otro proceso, que veremos en el siguiente punto, el 90% de los pacientes que presenten este síntoma padecen migraña y/o cefalea tensional, y el 5% cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos como consecuencia de una migraña y/o una cefalea tensional mal tratada. Por ello, el conocimiento de estos tres procesos abarcará la práctica totalidad de los casos a los que nos enfrentaremos en la consulta de medicina de familia y por tanto a los que mayor atención debemos dedicar. El 5% restante de la casuística engloba al resto de cefaleas primarias y a las cefaleas secundarias a otro proceso.

Con todas sus limitaciones, la clasificación propuesta por la IHS en 1.998 sigue siendo la universalmente aceptada hoy en día, y aglutina criterios fisiopatológicos y clínicos.

1. Migraña
2. Cefalea de tensión o tipo tensión
3. Cefalea en acúmulos y hemicránea paroxística crónica
- 4 Miscelánea de cefalea no asociada a lesión estructural
- 5 Cefalea asociada a traumatismo craneal
- 6 Cefalea asociada a trastornos vasculares
7. Cefalea asociada a trastorno intracraneal de origen no vascular
8. Cefalea asociada a la ingesta de determinadas sustancias o a su supresión
9. Cefalea asociada a infección no cefálica 10. Cefalea asociada a trastornos metabólicos

11. Cefalea asociada a alteraciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales

12. Neuralgias craneales, dolor de tronco nervioso y dolor por desaferentación

13. Cefalea no clasificable.

Cefaleas primarias: Se caracterizan por ser recidivantes, de curso benigno y muy frecuentes (90-95% de todas las cefaleas)

Cefaleas secundarias: Se caracterizan por ser síntomas de una patología subyacente y potencialmente más peligrosas, por lo que requieren investigación adicional la anamnesis y la exploración física y deben ser por tanto remitidas a nivel especializado.

Dentro de las cefaleas primarias destacamos:

- Migraña con / sin aura
- Cefalea tensional
- Cefalea en racimos (clúster)
- Hemicránea paroxística crónica
- Cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos y/o ergóticos

De las cefaleas secundarias, mucho menos frecuentes que las anteriores, destaca por su prevalencia las secundarias a:

- Traumatismo craneal
- Trastornos vasculares
- Alteraciones metabólicas
- Alteraciones estructurales
- Craneales
- Infecciones
- Neuralgias

Criterios diagnósticos

- **Migraña sin aura**

Ataques de cefalea cuya duración varía entre 4 y 72 horas.

- La cefalea ha de tener al menos dos de las siguientes características:
- Localización unilateral
- Calidad pulsátil

- Intensidad moderada o grave (inhibe o impide las actividades diarias)
- Se agrava al subir escaleras o con actividades físicas de rutinas similares
- Durante el ataque de cefalea ha de haber al menos uno de los siguientes síntomas:
 - Náuseas, vómitos o ambos.
 - Fotofobia y fonofobia.

Para cumplir los criterios diagnósticos, el enfermo debe haber presentado al menos 5 episodios que cumplan estas características. Además, se debe haber descartado por medio de la historia clínica y exploración física y/o pruebas complementarias a existencia de un trastorno orgánico que pueda ser la causa de la cefalea.

- **Migraña con aura**

Se manifiesta por ataques de síntomas neurológicos inequívocamente localizados en la corteza cerebral o en el tronco cerebral, que, por lo general se desarrollan gradualmente durante 5-20 minutos, con una duración media inferior a 60 minutos. La cefalea, náuseas y fotofobia se presentan por lo general tras los síntomas neurológicos del aura inmediatamente después de un intervalo libre inferior a 1 hora. La cefalea suele durar entre 4 y 72 horas.

Síntomas más frecuentes del aura son: visión borrosa, escotomas centelleantes, pérdida de visión en parte del campo visual.

- **Cefalea tensional**

Es el tipo de cefalea más frecuente, con un predominio, al igual que ocurre con la migraña en las mujeres, sobre todo en su forma crónica. La IHS distingue dos formas episódica y crónica. Los criterios diagnósticos son los siguientes:

Al menos 10 episodios de cefalea que duren entre 30 minutos y 7 días y que tengan al menos dos de las siguientes características:

- Calidad opresiva, no pulsátil
- Intensidad leve o moderada
- Localización bilateral
- No agravado por esfuerzos físicos • No náuseas ni vómitos
- No fotofobia ni fonofobia

Cefalea de tensión episódica:

- No de episodios < 15 día / mes (180 día / año)

- Al menos 10 episodios de cefalea con características de cefalea tensional

-  **Cefalea de tensión crónica:**

- No de episodios ≥ 15 día / mes durante 6 meses (180 días / año)

La cefalea tensional episódica se caracteriza por que los pacientes han de presentar al menos 10 episodios que reúnan estas características, pero no han de superar 180 días al año o 15 días al mes con cefalea. La cefalea tensional crónica al contrario ha de presentarse al menos la mitad de días del mes durante más de 6 meses al año.

- **Cefalea en racimos**

Ataques de dolor intenso, unilateral, supraorbitario o sobre la región temporal, que duran de 15 a 180 minutos (sin tratamiento). El dolor se acompaña de, al menos, uno de los siguientes signos clínicos homolateral al dolor.

- Hiperemia conjuntival • Lagrimeo
- Congestión nasal
- Rinorrea
- Sudoración en la frente y la cara
- Miosis
- Ptosis
- Edema palpebral

La frecuencia de los ataques oscila entre 1 a días alternos y 8 diarios.

Al igual que la cefalea tensional puede ser episódica, cuando se presentan al menos dos episodios de cefalea que duran entre 1 semana y un año y que están separados por una remisión que dura al menos 14 días. En el caso que se presenten episodios de duración superiores al año o remisiones inferiores a las 2 semanas estaremos ante la variante crónica.

- **Cefaleas secundarias**

Un grupo heterogéneo de cefaleas que se asocian a una alteración estructural metabólica identificable. Conocer las características de estas cefaleas nos ayudará a evitar derivaciones o pruebas complementarias innecesarias o bien remitir al paciente sin dilaciones.

Exploración física

La exploración física tanto sistémica como fundamentalmente neurológica servirá en la gran mayoría de los casos para confirmar el diagnóstico. La exploración general, se ha de centrar en las constantes vitales y en localizaciones de estructuras propias del macizo cráneo-facial. Daremos especial importancia a los pulsos temporales, percusión de los senos paranasales y exploración de la articulación temporal-mandibular

En la exploración neurológica no debe faltar:

- Estado mental: nivel de conciencia, capacidad de atención, alteraciones del lenguaje, conductuales.
- Signos meníngeos: en cefalea de inicio reciente o asociadas a fiebre o alteración del estado mental.
- Fondo de ojo: siempre entre cualquier consulta por cefalea.
- Campimetría: explorando los cuatro cuadrantes del campo visual.
- Motilidad ocular intrínseca: presencia de ptosis o miosis, midriasis. Respuesta pupilar directa y consensual a la luz.
- Motilidad ocular extrínseca: diplopía, alteraciones de la alineación ocular.
- Paresia facial: asimetrías de los surcos nasogenianos, entre los pliegues de la frente, etc.
- Examen de la lengua y el velo del paladar: asimetrías indicativas de lesión de los pares bulbares.
- Déficit motor y fuerza de las extremidades superiores.
- Reflejo cutáneo plantar: la extensión del dedo gordo es siempre indicativa de lesión de la vida piramidal.
- Reflejos tendinosos profundos.
- Disimetría de extremidades superiores e inferiores: maniobra de dedo- nariz o dedo-dedo y maniobra de talón-rodilla.

Tratamiento sintomático de la migraña

En la M, tan solo son susceptibles de tratamiento la cefalea y los síntomas asociados, por tanto, no actuaremos sobre el aura y los pródromos. La elección, dosis y vía de administración del fármaco dependerá de las características de la crisis

(intensidad y síntomas asociados), de la frecuencia de estas y de las contraindicaciones o preferencias que pueda expresar el paciente.

Analgésicos y AINES:

- Paracetamol: 1000 mg
- Aspirina: 1000 mg
- Ketorolaco: 30 mg
- Naproxeno: 500-1000 mg
- Ibuprofeno: 600-1200 mg
- Diclofenaco sódico: 50-100 mg

Agonistas selectivos de los receptores 5 HT: Triptanes.

- Sumatriptan: 50-100 mg vía oral. 6 mg vía SC. 20 mg intranasal.
- Rizatriptan: 10 mg v. o.
- Zolmitriptan: 5 mg v. o.
- Naratriptan: 2,5 mg v. o.
- Almotriptan: 12,5 mg v.

Ergóticos:

- Tartrato de ergotamina: 1-2 mg
- Dihidroergotamina: 0,5-1 m

El perfil del paciente con cefalea por abuso de analgésicos es el de una situación mórbida en la que entra en un ciclo de cefalea diaria o casi diaria, en el que de una forma previsible se va automedicando de una forma irresistible para el alivio de su dolor. Por qué se motiva el abuso de analgésicos viene condicionado por:

Factores dependientes del médico

- Prescripción acrítica; “tómese cuando le duela” • Explicaciones insuficientes

Factores dependientes del paciente

- Miedo a que se desarrolle la crisis de migraña
- Impedir la caída de actividad
- Dependencia (barbitúricos y ergóticos)
- Evitar el síndrome de privación

Factores dependientes del entorno

- Influencia de hábitos familiares (familias de migrañosos)

- Publicidad
- Dispensación libre

 **Criterios diagnósticos de la OMS: Abuso de analgésicos.**

- Analgésicos simples
 - > 1 gr. de AAS o similar al día > 5 días a la semana
- Analgésicos compuestos
 - > 3 tabletas / día > 3 días / semana
- Narcóticos
 - > 1 tableta / día > 2 días / semana

Bibliografía

Seymour Diamond MD. Cefaleas: diagnóstico y tratamiento. Clinical Symposia. 1995; Vol. 46: núm 3.

Calero S, Castillo J, Copetti S, García ML, Martínez JM, Tranche S, Viciano E. Curso: Cefaleas en Atención Primaria. FMC Vol. 6; 1999