



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

CLÍNICAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

DOCENTE: DR RICARDO ACUÑA DE SAZ

ALUMNO: MARCO ANTONIO DOMÍNGUEZ MORALES

7 SEMESTRE

CEFALEA / MIGRAÑA

La clasificación creada por la International Headache Society define a la cefalea como primaria o secundaria. La primaria es aquella en que el dolor y sus características constituyen el cuadro intrínseco, en tanto que la secundaria es causada por problemas exógenos. El dolor primario suele originar incapacidad considerable y deterioro de la calidad de vida. La forma secundaria leve como la que surge con infecciones de vías respiratorias altas es frecuente, pero rara vez genera un problema preocupante.

Las estructuras básicas que intervienen en la cefalea primaria al parecer son:

- Los vasos intracraneales grandes y la duramadre, así como las terminaciones periféricas del nervio trigémino que los inervan.
- La porción caudal del núcleo del trigémino que llega a las astas dorsales de la porción cervical superior de la médula y recibe impulsos de las raíces del primer y del segundo nervio cervicales, complejo trigeminocervical.
- Regiones rostrales de procesamiento del dolor, como el tálamo ventroposteromedial y la corteza.
- Los sistemas moduladores del dolor en el cerebro los cuales modulan los impulsos provenientes de los nociceptores trigeminales en todos los niveles de las vías de procesamiento del dolor.

Causas comunes de cefalea

Cefalea primaria		Cefalea secundaria	
Tipo	%	Tipo	%
Tensional	69	Infección generalizada	63
Migraña	16	Lesión craneoencefálica	4
Transfictiva (punzante) idiopática	2	Trastornos vasculares	1
Por ejercicio	1	Hemorragia subaracnoidea	<1
Histamínica	0.1	Tumor encefálico	0.1

ESTUDIO CLÍNICO DE LA CEFALEA AGUDA DE NUEVA APARICIÓN

En los pacientes que tienen una primera cefalea intensa las posibilidades diagnósticas son totalmente distintas que en los que han tenido cefaleas de repetición a lo largo de muchos años. En las cefaleas intensas de nueva aparición, la probabilidad de un signo de posible gravedad es mucho mayor que en las cefaleas recidivantes. Las personas cuyo dolor comenzó en fecha reciente necesitan evaluación y a menudo tratamiento inmediato. Entre las causas graves por considerar se encuentran meningitis, hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural o subdural, glaucoma y sinusitis purulenta.

MIGRAÑA

La migraña, que ocupa el segundo lugar como causa de dolor de cabeza, ataca en promedio a 15% de mujeres y 6% de varones. Por lo regular es un episodio que se acompaña de algunos signos como hipersensibilidad a la luz, al sonido o al movimiento; también se acompaña a veces de náusea y vómito.

PATOGENIA

La sensibilidad que es característica de la migraña probablemente proviene de la disfunción de los sistemas de control monoaminérgicos sensitivos que están en el tronco encefálico y el tálamo. La activación de las células del núcleo del trigémino da por resultado la liberación de neuropéptidos vasoactivos, sobre todo péptido relacionado con el gen de calcitonina, en las terminaciones vasculares del nervio trigémino y en el núcleo del trigémino.

SINTOMAS

-Náuseas
-Fotofobia

-Fotopsias
-Alteración de la conciencia
-Espectros de fortificación
-Síncope
-Convulsión
-Estado confusional

- Obnubilación
- Dolor a la palpación del cuero cabelludo
- Vómito
- Perturbaciones visuales
- Parestesias
- Vértigo

DIAGNÓSTICO

Los criterios incluyen ataques repetidos de dolor de cabeza que duran 4 a 72 h en individuos cuyos datos de la exploración física son normales, que no tienen otra causa razonable de su dolor, y además:

Como mínimo, tienen dos de los signos siguiente: dolor unilateral, dolor pulsátil, agravamiento con el movimiento, intensidad moderada o grave. Y además como mínimo uno de los signos siguientes: náuseas, vómito, fotofobia y fonofobia.

TRATAMIENTO

NSAID

- naproxeno, 220-550 mg PO bid
- ibuprofeno, 400 mg PO c/3-4 h
- Ácido tolfenámico, 200 mg PO. Se puede repetir una vez después de 1-2 h

AGONISTAS 5-HT1

Ergotamina: Una tableta sublingual de 2 mg en el comienzo y cada 30 min (máximo 3 al día y 5 por semana)

Ergotamina 1 mg, y cafeína, 100 mg: Una o dos tabletas en el comienzo, para seguir con una tableta cada 30 min (máximo 6 al día y 10 por semana)

Naratriptán: Tableta de 2.5 mg en el comienzo y se puede repetir una vez después de 4h

Rizatriptán: Tableta de 5-10 mg en el comienzo, y se puede repetir después de 2 h (máximo, 30 mg/día)

Sumatriptán: Tableta de 50-100 mg en el comienzo; se puede repetir después de 2 h (máximo, 200 mg/día)

Frovatriptán: Tableta de 2.5 mg en el comienzo, y se puede repetir después de 2 h (máximo, 5 mg/día)

Dihidroergotamin: Antes de aplicar la nebulización nasal habrá que cebar la bomba 4 veces; se aplica una nebulización (0.5 mg) y 15 min después, la segunda

Sumatriptán: Aplicación intranasal de 5-20 mg en la forma de 4 nebulizaciones de 5 mg o una sola de 20 mg (se puede repetir una vez después de 2 h y no exceder de una dosis de 40 mg/día)

AGONISTAS DOPAMINICOS

Ingeridos

Metoclopramidaa

5-10 mg/día

Proclorperazinaa

1-25 mg/día

Vía parenteral

Clorpromazinaa

0.1 mg/kg IV a 2 mg/min; máximo 35 mg/día

Metoclopramidaa

10 mg IV

Proclorperazinaa

10 mg IV.

BIBLIOGRAFÍA

Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., MD, J. (2012). Harrison principios de medicina interna: cefalea, 18a edición, Mexico, D.F. Mc Graw Hill.