

1er Parcial

CLÍNICAS MÉDICAS
COMPLEMENTARIAS

Cefaleas / Migrañas

KAREN YURENNI MARTÍNEZ SÁNCHEZ

DR. RICARDO ACUÑA

DEFINICION.

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.

EPIDEMIOLOGIA.

En los adultos es de aproximadamente 50%. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años han sufrido una cefalea en el último año, y el 30% o más de este grupo ha padecido migraña. La cefalea que se presenta 15 días o más cada mes afecta de un 1,7% a un 4% de la población adulta del mundo. A pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas.

CLASIFICACION.

Cefalea tensional.- tipo de cefalea más frecuente y predomina en la mujer. Se distinguen tres formas de cefalea de tensión: episódica infrecuente, episódica frecuente, y crónica. Como criterios diagnósticos, destacan episodios de cefalea que duren entre 30 minutos y 7 días, de calidad opresiva, intensidad leve o moderada, localización bilateral, no agravada por esfuerzos físicos o no asociada a náuseas ni vómitos. El tratamiento del dolor se realiza con AINE, paracetamol, o analgésicos comunes.

- **Cefalea de tensión episódica:** N° de episodios < 15 día / mes (180 día / año). Al menos 10 episodios de cefalea con características de cefalea tensional
- **Cefalea de tensión crónica:** N° 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 ó 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.- se caracteriza fundamentalmente por ser la única cefalea primaria que predomina en los varones y porque en el 5% de los casos es secundaria a un proceso intracraneal, por lo que este tipo de cefaleas debe ser derivado al nivel especializado. 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 como lateral 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.

Migraña.

La mayoría de los pacientes presenta el primer episodio de migraña entre los 10-30 años y en el 60-75% de los casos son mujeres. Existe una predisposición hereditaria.

EPIDEMIOLOGIA

Es el trastorno neurológico más frecuentemente consultado en Atención Primaria. La edad de inicio se sitúa entre los 15 y 30 años, afectando a edades productivas entre los 22 y 55 años, observándose de manera excepcional durante la senectud. La prevalencia de la migraña episódica. Los antecedentes familiares suelen estar presentes en el 50 % de los pacientes. La frecuencia de crisis es muy variable entre pacientes, aunque un 20-30 % refiere más de 4 crisis al mes.

Migraña episódica. La ME es una entidad crónica que cursa en forma de crisis o ataques. Con frecuencia los ataques pueden ser desencadenados por estímulos externos de diferente naturaleza, como estrés emocional, alteraciones hormonales, menstruación, tratamiento hormonal sustitutivo, cambios de presión atmosférica, transgresiones dietéticas, ayuno prolongado o alimentos concretos como los ricos

en glutamato, alcohol. Se pueden diferenciar 4 fases dentro de los ataques de migraña:

- **Fase de pródomos** es un estado premonitorio que puede originarse desde horas hasta días antes del inicio de la cefalea. Los síntomas más frecuentes suelen ser ansiedad, irritabilidad, sonofobia, tristeza y bostezos.
- **Aura**, la segunda fase de la migraña, consiste en déficits neurológicos que deben desarrollarse cada uno entre 5 y 60 minutos previos a la cefalea. El aura visual es el tipo más frecuente, observado en el 99 % de los pacientes con aura, consistente en visualización de escotoma en zigzag, con bordes brillantes con o sin fotopsia o discromatopsia, en la región de visión periférica de un hemicampo visual, aunque puede ser bilateral. Pueden producirse síntomas sensitivos, generalmente en forma de hemihipoestesia y/o episodios de alteración de la expresión del lenguaje. El aura motora es menos frecuente (< 10 %) y suele relacionarse con el aura sensitiva.
- **fase de cefalea y otros síntomas**, o propiamente migraña, suele durar de 4 a 72 horas, con cefalea intensa de carácter pulsátil, hemicraneal (en el 50 % de los pacientes) u holocraneal, con síntomas vegetativos como náuseas y/o vómitos, con sonofotofobia que suele obligar al paciente a aislarse a oscuras.

Migraña basilar. Los síntomas neurológicos que preceden a la cefalea son característicos de disfunción troncoencefálica: vértigo, disartria, diplopía, ataxia o síndrome confusional, persisten durante 20-30 minutos y se siguen de cefalea occipital pulsátil. Suele aparecer en adultos jóvenes.

Migraña hemipléjica. Trastorno migrañoso cuya aura es característicamente motora, además de los otros tipos de auras. Si hay familiares de primer o segundo grado recibe el nombre de migraña hemipléjica familiar (MHF); en su defecto, migraña hemipléjica esporádica (MHE). La MHF es el único tipo de migraña atribuido a una alteración genética, de carácter autosómico dominante. Existen tres alteraciones genéticas asociadas a la MHF. La clínica es similar a la de migraña con aura, generalmente acompañada del resto de tipos de auras, incluida la motora, no

necesariamente llegando a producir hemiplejía, sino hemiparesia en la mayoría de los casos que puede llegar a durar hasta 72 horas o hasta semanas.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico en el paciente con migraña se basa en anamnesis: “Si solo tienes 15 minutos para ver al paciente dedica 14 a la anamnesis y 1 a la exploración”. En la mayoría de las cefaleas primarias y muchas de las secundarias la exploración clínica es normal o anodina. Se debe realizar una exploración física general y neurológica completa, con especial interés en determinadas maniobras como la inspección y palpación de zonas craneales dolorosas o el fondo de ojo.

TRATAMIENTO.

Cefaleas.- **Paracetamol** es el medicamento de primera línea para cefaleas leves a moderadas. Para la remisión del dolor, no se debe suspender su uso hasta que se logre su efecto máximo. **Paracetamol** 650 - 1300 mg/cada 4 hrs en máximo 2 dosis en las crisis agudas de cefalea. **Ibuprofeno** es uno de los medicamentos de primera línea para cefaleas en casos moderados. **Ácido acetilsalicílico** de 650 a 1300 mg/cada 4 horas en 2 tomas al día en las crisis agudas de cefalea. Prescribir **naproxeno** 500 mg/día.

Migrañas.- **ergotamina** de 1 a 2 mg, 3 veces al día, máximo 10 mg a la semana para migraña moderada en el ataque agudo. **Paracetamol** 650 a 1300 mg/cada 4 hrs en máximo 2 dosis para migraña moderada. **Ibuprofeno** 400-800 mg cada 2-6 hrs. en crisis agudas de migraña sin exceder 10 días. **Ácido acetilsalicílico** 650-1300 mg cada 4 hrs. en 2 tomas/día en crisis agudas de migraña. **Naproxeno** de 500 mg/día en migraña leves o moderados.

BIBLIOGRAFIA:

- Manuel Aмоса Delgado, José Renan Pérez Pérez, Manuel Martínez Marino, Lain Hermes González Quarante. (2017). Manual CTO de medicina y cirugía. neurología 3a. Edición. Madrid, España: Grupo CTO.
- Angélica Carbajal Ramírez, María del Rosario Cienfuegos Zurita, Rosa Márquez Huizar, Antonio Francisco Martínez Hernández, Andrés Rivera

Lizárraga. (2009). Manejo de Cefalea Tensional y Migraña en el Adulto. México, DF: Editor General Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

- Carmen González Oria, Carmen María Jurado Cobo, Javier Viguera Romero. (2019). GUÍA OFICIAL DE CEFALEAS. Madrid, España: Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
- Víctor Pedrera Carbonell, M^a José Miralles Parres, José Miguel Lainez Andrés . (2019). CEFALEAS. Madrid, España: Servicio de Neurología.