

# CEFALEA Y MIGRAÑA

---

DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

ITZEL JAQUELINE RAMOS MAAMBU  
RESUMEN | UNIVERSIDAD DEL SURESTE

La cefalea se define como una sensación dolorosa de intensidad variable localizada en la bóveda craneal, parte alta del cuello o nuca y mitad superior de la cara (frente). El dolor percibido en la mitad inferior de la cara se denomina algia o dolor facial.

Es un síntoma muy frecuente en la población constituyendo el motivo de consulta del 20% de los pacientes que acuden a los servicios de neurología. Casi todas las personas han padecido este síntoma en algún momento de su vida. Se estima en estudios epidemiológicos que la prevalencia de este trastorno es de un 10-20% de la población.

La clasificación comprende catorce diagnósticos, aunque en forma esquemática ellos pueden agruparse y quedar reducidos a cuatro títulos: Cefaleas primarias, cefaleas secundarias, dolores faciales y neuralgias craneales.

2.1 Cefaleas primarias Constituyen la mayor parte de las consultas médicas ambulatorias por dolor de cabeza como síntoma principal. Tienen las siguientes características:

A.- Son referidas por los pacientes como episodios de dolor de cabeza, de duración variable, los cuales se repiten cada cierto tiempo. Se admite que cuando una persona consulta por episodios recurrentes de cefalea, sin otros síntomas de enfermedad, en el 99% de casos, puede tratarse de alguna forma de cefalea primaria.

B.- Las características de cada episodio doloroso son hasta cierto punto uniformes, en cada uno de los diferentes tipos de cefalea primaria y por tal razón la SIC ha señalado los criterios exigidos para admitir los diversos diagnósticos, que permiten individualizarlos.

C.- Ausencia de enfermedades o circunstancias anómalas que explican el dolor. El diagnóstico de las cefaleas primarias es como ya se ha dicho, esencialmente clínico, usando los criterios o requisitos propuestos por la IHS. Pero cuando es necesario se debe recurrir a los exámenes de ayuda al diagnóstico, tales como aquellos de laboratorio y neuroradiológicos, los cuales en estos casos sirven básicamente para reducir el posible error de la presunción clínica. Cuatro son los tipos reconocidos de las cefaleas primarias:

1. Migraña.

2. Cefalea de tipo tensional.

3.- Cefalea en racimos y otras cefaleas autonómicas trigeminales.

4. Otras cefaleas primarias (no atribuidas a daño estructural).

## 2.2 Cefaleas secundarias

En la generación de estos tipos de cefalea secundaria siempre está de por medio algún agente patógeno causante del problema. Ellas son:

5. Cefalea atribuida a traumatismos del cráneo o del cuello.

6. Cefalea atribuida a desórdenes vasculares craneales o cervicales.

7. Cefalea atribuida a desórdenes intracraneales no vasculares.

8. Cefalea atribuida al uso de sustancias químicas o a su supresión abrupta.

9. Cefalea atribuida a infecciones.

10. Cefalea atribuida a desórdenes de la homeostasia.

11. Cefalea o dolor facial atribuidos a afecciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dentadura, boca y otras estructuras de la cara y/o craneales.

12. Cefalea atribuida a desórdenes psiquiátricos. Las cefaleas secundarias de acuerdo al objetivo de este escrito, sólo serán mencionadas. Basta agregar que en las consultas médicas ambulatorias, ellas son mucho menosfrecuentes que las cefaleas primarias. Además, como grupo se caracterizan, por asociarse a dolor de cabeza continuo y cuya intensidad se agrava progresivamente, en el tiempo. Asimismo, el paciente con cefalea secundaria tiene casi siempre otros síntomas (no sólo cefalea), dependientes de la patología o enfermedad principal.

## 2.3 Neuralgias craneales, dolor facial primario y central y otras cefaleas

13. Neuralgias craneales y causas centrales de dolor facial.

14. Otras cefaleas, neuralgias craneales, dolor facial central o primario.

Este título, tampoco será desarrollado, por no ser el tema de esta revisión, los varios tipos de dolor facial incluidos en el ítem 13, ni las neuuralgias craneales numeradas tanto en el 13 como el 14

## DIAGNÓSTICO DE LA MIGRAÑA

La migraña como ya se dijo es un tipo de cefalea primaria y por consiguiente tiene las características clínicas del grupo, además de otros rasgos clínicos distintivos propios. A esto debe agregarse que en la actualidad se reconocen seis subtipos de migraña, siendo ellos:

3.1 Migraña sin aura.

3.2 Migraña con aura.

3.3 Síndromes periódicos de la niñez, comúnmente precursores de migraña.

3.4 Migraña retiniana.

3.5 Complicaciones de la migraña.

3.6 Probable migraña.

La migraña ha sido conocida como una entidad clínica independiente desde hace muchos siglos, así es mencionada en escritos babilónicos de 3000 años de antigüedad. Con los años, de la misma manera que ha ocurrido con otras entidades clínicas, su diagnóstico preciso se ha tornado cada vez más exigente, habiéndose convertido no sólo en una responsabilidad profesional sino también en un estímulo intelectual para todos los facultativos. Precisar que la cefalea referida por un paciente es migraña, se basa esencialmente en la anamnesis y cuando tal aproximación al diagnóstico es dudosa, se pueden requerir algunos exámenes auxiliares de tipo complementario, en especial los procedimientos neuroradiológicos. Aunque es conveniente remarcar que no existe ningún marcador biológico, ni prueba radiológica que reemplace a la anamnesis para diagnosticar a la migraña y a los varios subtipos englobados en ella.

3.1 Migraña sin aura o migraña común El nombre deviene del hecho que algunas migrañas son precedidas de sensaciones mayormente visuales llamadas auras (aviso), en tanto que otras no, es decir ocurren sin aura. La migraña común es cuando menos tres veces más frecuente que la migraña con aura. Los criterios requeridos (IHS) para diagnóstico de migraña sin aura son los siguientes

Migraña con aura o migraña clásica En este tipo de migraña, los criterios para su diagnóstico son los mismos que los exigidos en la migraña común, con la diferencia que en

esta variante, el episodio es precedido de variados síntomas complejos, reversibles, llamados aura (aviso o anuncio), cuyas características se describen a continuación:

A.- El diagnóstico de migraña con aura requiere cuando menos dos crisis de cefalea, precedidos de los fenómenos señalados en B, C y D.

B.- Aura consistente en al menos uno de los siguientes (no debilidad muscular).

**Tabla IV. Fármacos para tratamiento de la cefalea**

Fármaco	Posología	Observaciones
<b>Tratamiento de cefalea aguda</b>		
Ibuprofeno	10 mg/kg dosis oral	Indicación en todas las cefaleas agudas, primarias y secundarias. De elección en migraña
Paracetamol	10-15 mg/kg dosis oral/rectal/iv	Indicación en todas las cefaleas agudas, primarias y secundarias
Sumatriptán	10-20 mg dosis	Indicación en migraña (nasal 10 mg) en >12 años
Oxígeno	100% mascarilla (60 minutos)	Indicación en migraña. Dudas respecto a su efectividad
<b>Profilaxis de cefalea primaria</b>		
Propranolol	1-4 mg/kg/día dos dosis	Posible utilidad en migraña. Contraindicado en asma-broncoespasmo
Flunarizina	5-10 mg día dosis única nocturna	Único fármaco con nivel de evidencia clase I en profilaxis de migraña. Orexígeno.
Topiramato	1-5 mg/kg/día dos dosis	Posible utilidad en migraña; efectos secundarios múltiples. Anorexígeno
Valproato	20-40 mg/kg/día dos-tres dosis	Posible utilidad en migraña
Amitriptilina	10-25 mg día dosis única nocturna	Probable utilidad en cefalea tensional, sobre todo, con depresión asociada. Orexígeno

**Tabla 3. Tratamiento profiláctico de la migraña**

Tipo	Medicación y dosis	Contraindicaciones	Efectos secundarios
Bloqueadores beta	1. Propranolol 40-240 mg 2. Nadolol 50-150 mg 3. Metoprolol 50-200 mg	Asma, hipertensión arterial, bloqueo cardíaco, diabetes insulino dependiente, ejercicio intenso	Fatiga, impotencia, disminución de la tolerancia al ejercicio, depresión, disnea respiratoria, etc.
Antidepresivos	1. Amitriptilina 10-100 mg 2. Nortriptilina 10-100 m	Glaucoma, prostatismo, cardiopatía con alteraciones en la conducción	Somnolencia, boca seca, visión borrosa, ganancia de peso
Bloqueadores de los canales del calcio	1. Flunarizina 5-10 mg 2. Verapamilo 180-320 m	Cardiopatía, depresión, hipotensión arterial	Ganancia de peso, edema, depresión, estreñimiento, extrapiramidismo
Anticonvulsivantes	1. Acido valproico 400-1.000 mg 2. Topiramato 50-150 mg 3. Gabapentina 300-800 mg 4. Leviracetam 500-1.000 mg 5. Lamotrigina 50-150 mg	Hepatopatía, nefropatía, discrasias sanguíneas	Somnolencia, ganancia de peso, caída del cabello, pérdida de peso (topiramato), alteraciones del aprendizaje
AINE	Naproxeno sódico 550-1.100 mg (migraña catamenial)	Úlcera gastroduodenal, hepatopatía, nefropatía, alergia al ácido acetilsalicílico	Disfunción gastrointestinal, nefropatía, hepatopatía
Bloqueadores SHT2	Pizotifen 0,5- mg	Uso de IMAO, estenosis plúrica	Ganancia de peso, somnolencia
Otros	<i>T. parvum</i> (feverfew) Riboflavina 400 mg/día Magnesio 360 mg Toxina botulínica	Ninguno	Diarrea (magnesio)

Fuente: Tomado de Yusta A, Sánchez-Migallón MJ, Andrés MT, Sánchez JM. Tratamiento profiláctico de las migrañas. *Medicine*. 2007;70:4488-93. IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa.

**BIBLIOGRAFIA:**

Luis Deza Bringa, La Migraña, Migraine

(<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n2/a09v27n2.pdf>)