



Medicina humana

Clínicas médicas
complementarias
“Cefalea y Migraña”
2do Parcial (Séptimo semestre)

Doctor Ricardo Acuña Del Saz

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Cefalea y migraña

La cefalea constituye uno de los motivos de consulta más comunes por el cual las personas acuden a los servicios médicos, pudiendo afectar en cualquier momento hasta al 50% de la población general.

Las más comunes son la cefalea tensional y la migraña, la cuales pueden ocasionar niveles de incapacidad sustanciales, no sólo a los pacientes y sus familias sino a la sociedad como un todo, debido a su alta prevalencia en la población general. Aproximadamente la mitad de los pacientes con cefalea aguda tiene cefalea tensional y el 10% tienen migraña.

Un ataque de migraña es un evento cerebral espectacularmente complejo que puede producir una gran variedad de síntomas neurológicos y sistémicos.

Epidemiología

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en su estudio “La Carga Global de Enfermedad 2012, la cefalea tensional y la migraña aparecen como la segunda y tercer enfermedad más frecuentes en el mundo. La migraña es claramente la más incapacitante de las cefaleas primarias tomando en cuenta frecuencia y carga de la enfermedad.

Tiene una 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%).

Clasificación

Las Primarias:

- Las más frecuentes
- Ausencia de enfermedades o condiciones que la expliquen
- El dolor de cabeza es frecuente y la duración variable
- Hasta cierto punto las características son uniformes
- Se encuentran: **Migraña, Cefalea tensional y Cefalea en racimos**

La Cefalea secundaria puede comprometer seriamente la vida de su paciente
URGENCIAS MÉDICAS.

Etiología

Relacionados al estilo de vida

- Nivel de escolaridad
- Estado civil
- Residencia
- Secundaria
- Casado
- Urbana
- Uso de alcohol
- Alimentos
- Problemas del sueño
- Antecedentes familiares (migraña)
- Trauma craneal
- Hormonal (anticonceptivos)
- Estrés
- Exceso de trabajo
- Depresión

Cefalea tensional

Cefalea más frecuente. Se caracteriza por:

- Dolor opresivo o constrictivo, en “banda o casquete” bilateral.
- Intensidad leve o moderada.
- Se presenta diariamente y empeora por las tardes.
- No empeora con la actividad física y no se acompaña de síntomas neurológicos ni vegetativos.
- Asocia: estrés, ansiedad y depresión.

Tratamiento

Sintomático.

- Analgésicos (antiinflamatorios no esteroideos o paracetamol).

Preventivo.

- Amitriptilina.

Migraña

Segunda más frecuente.

- Aparece en niños y adultos jóvenes, y es más frecuente en mujeres jóvenes.
- Hay predisposición familiar. El dolor es por vasodilatación.

Tríada clásica.

Aura, son los síntomas premonitorios:

- Visuales (los más frecuentes). Escotomas, centelleos, líneas quebradas luminosas o “espectro de fortificación” (este último fenómeno es patognomónico de la migraña y nunca se ha descrito asociado a anomalías cerebrales estructurales).
- Sensitivas, motoras o del lenguaje.

Cefalea recurrente de predominio hemicraneal y de carácter pulsátil. Se acompaña de náuseas, vómitos, foto y sonofobia. Dura de 3-6 h hasta dos días.

Desencadenantes:

Vino, menstruación, hambre, falta de sueño, exceso de sueño, estrógenos.

Alivian: El sueño, el segundo y tercer trimestre del embarazo.

Tratamiento

De la crisis.

Indicado cuando la intensidad de la cefalea es suficiente como para alterar las actividades de la vida diaria.

Cefalea leve→ Analgésicos-antiinflamatorios (aspirina, naproxeno, ibuprofeno).

Cefalea moderada-intensa.

Tratamiento precoz:

- **Triptanes**→ (sumatriptan, naratriptan, zolmitriptan, almotriptan, rizatriptan “el más efectivo”, eletriptan). Se consideran de elección. Contraindicados en cardiopatía isquémica y claudicación intermitente.
- **Ergotamina**→ Alternativa terapéutica. Si sobreuso: riesgo de cefalea ergotamín-dependiente. Actualmente apenas se usa por el riesgo de cefalea de rebote.
- **Neurolépticos**→ Clorpromazina o procloperazina.

Profiláctico

Indicados cuando las crisis ocurren más de dos o tres veces al mes. Se consideran eficaces si reducen al menos al 50% la frecuencia y/o severidad de los episodios.

- **Betabloqueantes (propranolol)**→ De elección si no existe contraindicación.
- **Antagonistas del calcio**→ Flunaricina, verapamilo.
- **Amitriptilina.**
- **Antiepilépticos**→ Valproato y topiramato.

Cefalea en racimos

Características

- Predominio en varones jóvenes.
- Dolor retroorbitario punzante unilateral, recurrente y nocturno.
- Asocia: Enrojecimiento ocular, lagrimeo, ptosis y obstrucción nasal homolateral. A veces síndrome de Horner.
- Crisis periódicas cada año (cada “cluster” dura semanas, con 1-3 crisis diarias), de 45 minutos, al despertarse (nocturnas).

Desencadenantes:

El alcohol puede provocar la crisis en un 70% de los pacientes, pero deja de ser un desencadenante cuando el brote remite.

Tratamiento

De la crisis

- Sumatriptan subcutáneo (el más eficaz).
- Oxígeno inhalado al 100% a alto flujo durante 1 minuto.
- Lidocaína intranasal.

Profiláctico (durante varias semanas)

- **Verapamilo**→ De elección. Efectivo al cabo de unos días.
- **Prednisona**→ El más eficaz a corto plazo.

Otros.

- Litio, metisergida, valproato, topiramato.
- No son eficaces Propranolol y amitriptilina.

Diagnostico

- Se recomienda diagnosticar cefalea tensional en los pacientes que presenten cefalalgia bilateral no incapacitante y con un examen neurológico normal.
- Se debe diagnosticar cefalea tensional crónica cuando se presentan episodios de cefalea en más de 15 días al mes durante más de tres meses y cumple con el resto de criterios de cefalea tensional.

Cefalea tensional episódica infrecuente	Cefalea tensional episódica frecuente
Criterios Diagnósticos	Criterios Diagnósticos
A. Al menos 10 episodios de cefalea que aparezcan de media menos de un día al mes (menos de 12 días al año) y que cumplen los criterios B-D.	A. Al menos 10 episodios de cefalea que ocurran de media 1-14 días al mes durante más de 3 meses (>12 y <180 días al año) y que cumplan los criterios B-D
B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días	B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días
C. Al menos dos de las siguientes cuatro características: 1. Localización bilateral 2. Calidad opresiva o tensiva 3. Intensidad leve o moderada 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras	C. Al menos dos de las siguientes cuatro características: 1. Localización bilateral 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil) 3. Intensidad leve o moderada 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras
D. Ambas características siguientes: 1. Sin náuseas ni vómitos 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas)	D. Ambas de las siguientes: 1. Sin náuseas ni vómitos 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas)
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III	E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III

- Se debe diagnosticar migraña cuando se cumplen los siguientes requisitos: 5 ataques con duración de 4-72 horas, unilaterales, pulsátiles, de intensidad moderada a severa, ocasionados por la actividad física u ocasionan que ésta se evite, y se acompañen de náusea y/o vómito, fotofobia o fonofobia.
- Se debe diagnosticar migraña crónica cuando se reportan 15 ataques de migraña al mes durante más de 3 meses y ésta resulta en mayor incapacidad funcional comparada con la episódica.
- Se recomienda aplicar el test ID Migraine en todo paciente en que se sospeche migraña en el primer nivel de atención.
- Se sugiere utilizar MIDAS para diferenciar entre pacientes con cefalea episódica y pacientes con cefalea crónica.

Tratamiento

Se recomienda el uso de aspirina a dosis de 1000 mg y paracetamol 1000 mg en el tratamiento agudo de pacientes con cefalea tensional moderada a severa.

Bibliografías

- Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el adulto. Primer y segundo nivel de atención, México, 2016.
- Dávila, P., Cruz, A., Gandía, M., Torres, C. Manual AMIR De Neurología Y Neurocirugía. México: Mboos.