



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**CUARTA UNIDAD**

**ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS**

**COMPLEMENTARIAS**

**GRADO: 7**

**GRUPO: A**

**DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.**

**ALUMNO: RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLIN.**

La migraña es un desorden crónico del sistema nervioso, caracterizado por la aparición de episodios, típicos, recurrentes, de dolor de cabeza, los cuales usualmente se asocian a náusea, vómito, fotofobia, sonofobia, además de algunas otras molestias menos frecuentes. Las cefaleas primarias constituyen la mayor parte de las consultas médicas ambulatorias por dolor de cabeza como síntoma principal, las siguientes características es que 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. 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.

La 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, las cuatro son los tipos reconocidos de las cefaleas primarias Migraña que entra la cefalea de tipo tensional, cefalea en racimos y otras cefaleas autonómicas trisemanales y otras cefaleas primarias (no atribuidas a daño estructural).

La cefalea secundaria siempre está de por medio algún agente patógeno causante del problema. Ellas son la cefalea atribuida a traumatismos del cráneo o del cuello, cefalea atribuida a desórdenes vasculares craneales o cervicales, cefalea atribuida a desórdenes intracraneales no vasculares, cefalea atribuida al uso de sustancias químicas o a su supresión abrupta, cefalea atribuida a infecciones, cefalea atribuida a desórdenes de la homeostasia , cefalea o dolor facial atribuidos a afecciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dentadura, boca y otras estructuras de la cara o craneales y cefalea atribuida a desórdenes psiquiátricos.

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.

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, como migraña sin aura, migraña con aura, síndromes periódicos de la niñez, comúnmente precursores de migraña, migraña retiniana, complicaciones de la migraña y 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.

La migraña común es cuando menos tres veces más frecuente que la migraña con aura. Los criterios requeridos para diagnóstico de migraña sin aura son los siguientes, su localización unilateral, con cualidad pulsátil, dolor de intensidad moderada a severa, causado o agravado por la actividad física rutinaria. La frecuencia de ataques varía en diferentes pacientes y cuando ocurren menos de una vez al mes se habla de migraña infrecuente o esporádica. Si ellos ocurren de 1 a 15 veces al mes se califica de migraña frecuente y finalmente si los episodios dolorosos se repiten más de 15 veces al mes, durante tres meses, se recomienda usar dos denominaciones, migraña crónica y migraña sin aura. El motivo por el cual se exige, como un requisito del diagnóstico de migraña sin aura, que la persona

haya tenido cuando menos 5 episodios dolorosos, es asegurar el diagnóstico diferencial con otras cefaleas primarias, tomando en cuenta la posible similitud de las molestias en cada crisis, De no llegar a 5 episodios sufridos por el paciente, es correcto usar el diagnóstico de posible o probable migraña sin aura.

Los ataques de migraña en los niños duran entre 1 y 72 horas y el dolor con mayor frecuencia es bilateral. En cambio, a partir de la adolescencia predomina el dolor unilateral y su duración es entre 4 y 72 horas. La migraña con aura o migraña clásica y 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. Síntomas visuales completamente reversibles, unos de características positivas como luces titilantes, manchas luminosas o líneas luminosas u otras negativas como pérdida de visión, síntomas somato sensoriales completamente reversibles, unos con características positivas como hincadas o pinchazos y otros negativos como adormecimiento.

La descripción precedente, en sentido estricto, corresponde a la denominada migraña típica con aura, que es el síndrome más común entre los varios tipos reconocidos de migraña con aura, estos últimos únicamente serán citados a continuación, debido a su relativa escasez en la consulta médica cotidiana. No obstante, quienes tengan interés en conocer más sobre los mismos, pueden consultar la varias veces mencionada publicación de la IHS. Al menos un episodio de aura que evoluciona en casi 5 minutos o diferentes auras en sucesión cada 5 minutos. Cada aura dura más de 5 minutos, pero menos de una hora.

Síndromes periódicos de la niñez que usualmente son precursores de migraña, algunos niños que posteriormente en la adolescencia o en la edad adulta, sufrirán crisis de migraña, pueden presentar, precozmente, síntomas episódicos, recurrentes y estereotipados para cada paciente, los cuales son considerados precursores de la migraña que aparecerá tiempo después. Se reconocen tres de estos síndromes, uno se caracteriza por la presencia en el niño de vómitos episódicos, otro por dolores abdominales recurrentes y otro por vértigo paroxístico,

benigno. En los tres, las molestias no son atribuibles a alguna enfermedad y desde luego el niño es totalmente normal, excepto durante el desagradable episodio. Migraña retiniana se caracteriza por episodios de disturbios visuales, recurrentes y monoculares, asociados a cefalea migrañosa. El paciente puede referir la aparición de zonas luminosas en el campo visual afectado o en defecto escotomas y ausencia de visión.

Las complicaciones de la migraña encontramos la migraña crónica que se usa esta denominación cuando los episodios de dolor migrañoso, ocurren 15 o más veces al mes, por más de tres meses, y la persona no tiene ninguna otra enfermedad causal, ni está haciendo sobre uso de medicación alguna, para eliminar las crisis de dolor de cabeza. Estado migrañoso cuales se justifica este diagnóstico cuando la crisis de dolor dura más de 72 horas en forma continua. Se excluye si el dolor desaparece durante la noche o cuando hay evidencias de sobre uso de analgésicos. Aura persistente sin infarto cuando los síntomas compatibles con aura migrañosa duran más de una semana y el paciente no tiene síntomas clínicos ni radiográficos de infarto cerebral. El infarto migrañoso puede ocurrir en pacientes que tienen aura migrañosa, única o recurrente, cuya duración sobrepasa a los 60 minutos. El diagnóstico del infarto cerebral consecutivo, debe ser verificado con estudios radiológicos. Existe la posibilidad, aunque no la evidencia definitiva, que la presencia de migraña aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad vascular cerebral.

La participación médica sin ser ideal, es sin embargo muy importante para mejorar la calidad de vida de la persona con migraña, ya sea atenuando o suprimiendo el dolor y las otras molestias asociadas a los episodios de migraña es la estrategia “abortiva”, como también mediante la profilaxia, a fin de evitar la aparición de nuevos episodios o cuando menos disminuir su excesiva frecuencia de repetición estrategia preventiva. En ambas acciones se utilizan algunos fármacos que citaremos luego, pero es igualmente útil recomendar al paciente la necesidad de modificar ciertos hábitos de vida, que en cierto modo aumentan sus probabilidades de empezar otra crisis. La susceptibilidad genética es evidente cuando se constata que la migraña

afecta alrededor de 12 % de la población en general, pero las personas que padecen de tal cefalea tienen familiares directos con el mismo problema hasta en el 70% de ellas. De modo que debe existir algún gen, todavía sin descubrir, de carácter no dominante, o quizás más de uno, incluido en el genoma de los pacientes con migraña. De hecho, en una forma rara de migraña denominada migraña hemipléjica familiar, se ha logrado identificar al gen causante, codificado en canales de calcio del cromosoma 19, por tal motivo se piensa que todos los tipos de migraña, podrían ser también similares canalopatías.

El estrés, de cualquier causa, es en mi experiencia y posiblemente en la de la mayoría de neurólogos, el disparador más frecuente del episodio doloroso en los pacientes con migraña. La experiencia clínica muestra asimismo, que tanto el estrés como los otros desencadenantes, tienen diferente umbral de activación en una misma persona, bajo la influencia del estado somato psíquico. Cambios hormonales en las mujeres. Las fluctuaciones de estrógenos en mujeres con migraña, pueden desencadenar la aparición de episodios de dolor de cabeza o agravarlos mayor frecuencia o mayor intensidad, ya en la proximidad o durante la menstruación, en los primeros meses de la gestación y también en la menopausia, aunque en las dos últimas situaciones no faltan quienes refieren gran alivio y aun desaparición de sus crisis dolorosas. Asimismo, es conocido el agravamiento de la migraña, en aquellas mujeres que toman anticonceptivos orales o terapia hormonal de reemplazo.

Estímulos sensoriales de varios tipos pueden también precipitar la cefalea en personas con migraña. Es conocido el efecto disparador de las luces brillantes, los sonidos intensos y el de ciertos olores de perfumes y de otro lado el de los olores desagradables, como aquellos del thinner de las pinturas y el del humo denso. El insomnio e hipersomnia, no orgánica primaria también pueden precipitar la crisis dolorosa en el paciente con migraña. Otro disparador, reconocido, de episodios de migraña es el ejercicio físico intenso incluyendo la actividad sexual. Los marcados cambios de temperatura, calor o frío, pueden provocar el inicio de la crisis en personas con migraña. Finalmente, algunos medicamentos como el gemfibrozil.

## Bibliografía

Bringas, L. D. (201). La migraña. *Acta Med Per*, 129-136.